

Universidad de San Carlos de Guatemala  
Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela de Estudios de Postgrado

Representaciones sociales de Diabetes Mellitus tipo 2 en la comunidad maya  
kaqchikel de Sumpango

Karin Danna Casasola Mazariegos

Tesis

Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de post grado de la  
Facultad de Ciencias Médicas.  
Doctorado en Salud Pública  
para obtener el grado de  
Doctor en Salud Pública

Guatemala, septiembre 2022



# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

## ORDEN DE AUTOIRZACION DE IMPRESION DIGITAL DE TESIS DE DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

Nombre del doctorando: Karin Danna Casasola Mazariegos

Número de Carné. 8010538

Título de la tesis: Representaciones sociales de la Diabetes Mellitus tipo 2 en la comunidad maya kagchikel de Sumpango.

Nombre del Tutor: PhD. Donovan Casas Patiño

El Director de la Escuela de Estudios de postgrado, valorando la siguiente documentación: Cobertura de requisitos administrativos, acta número 13 del examen de defensa de tesis donde consta la aprobación del examen de defensa de tesis por la sustentante dada por el tribunal examinado y el dictamen del coordinador del doctorado en Salud Pública donde consta el cumplimiento de las los requisitos necesarios para proceder a la impresión de la tesis, da por autorizada la impresión en papel y digital del documento final que se ha presentado al programa de doctorado en Salud Pública.

Guatemala, 19 de septiembre de 2022

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

Septiembre 20, 2022  
Dr. Rigoberto Velásquez Paz MSc.  
Director  
Escuela de estudios de postgrado

---

Correo Electrónico [direccioneep@medicina.usac.edu.gt](mailto:direccioneep@medicina.usac.edu.gt)  
[:doctoradospublica@medicina.usac.edu.gt](mailto:doctoradospublica@medicina.usac.edu.gt)

Centro Universitario Metropolitano - CUM -

9ª. Avenida 9-45, zona 11. Edif. "D", 3er. Nivel. Tel: 2418-7457

**TESIS DOCTORAL**  
**DICTAMEN DEL COORDINADOR DE DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA**

Nombre del doctorando: Karin Danna Casasola Mazariegos

Número de Carné. 8010538

Título de la tesis: Representaciones sociales de a Diabetes Mellitus tipo 2 en la comunidad maya kaqchikel de Sumpango.

El coordinador del Doctorado en Salud Pública en base: al acta número 13 del examen de defensa de tesis donde consta la aprobación del examen de defensa de tesis dada por el tribunal examinador, a la publicación y entrega de dos artículos derivados de la tesis doctoral como primer autor y la documentación que respalda la calidad de la tesis mediante dictamen lingüístico donde consta el cumplimiento de las recomendaciones finales derivadas del examen de tesis, da por verificados los requisitos necesarios para la anuencia de impresión de la tesis en papel y digital, quedando la autorización del acto de graduación a cargo del Director de la escuela de estudios de postgrado.

Guatemala, 13 de septiembre de 2022

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

MARIO RODOLFO SALAZAR MORALES, MC.MSP  
Doctor en Salud Pública  
Colegiado 4,154



Dr. Cs. Mario Rodolfo Salazar Morales  
Coordinador Doctorado en Salud Pública  
Escuela Estudios de Postgrado  
Facultad de Ciencias Médicas



ACTA DE EXAMEN DE DEFENSA DE TESIS  
Doctorado en Salud Pública

ACTA No. 13

En la ciudad de Guatemala, siendo las 9:00 horas del día quince del mes de Julio del año dos mil Veintiuno, reunidos en sede de la Facultad de Ciencias Médicas para practicar examen de Defensa de Tesis del Doctorado en Salud Pública de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, los abajo firmantes, todos miembros del tribunal examinador, nombrados para realizar el ejercicio académico en mención previa.

Se declara haber realizado examen a Karin Danno Casasola Mazariegos con número de carné 8010538, quien defendió la tesis titulada Representaciones sociales de la Diabetes Mellitus tipo 2 en la comunidad Maya K'achikel de Sumpango, cuyo tutor es Ph.D. Donovan Casas Patiño.

El tribunal habiendo previamente valorado la tesis presentada, expuso sus críticas e interrogantes al doctorando, se otorgó la palabra al público presente y considerando las proposiciones expuestas por el Candidato a Doctor, tanto en su documento escrito como verbalmente, se le otorga la calificación de NO apto ( ) aprobado ( X ) aprobado notable ( ) aprobado sobresaliente ( X ), por votación de la mayoría ( ) unánime ( X ) de los miembros examinadores.

Acto seguido, el Presidente del tribunal examinador pronunció las palabras de cierre e indicó las recomendaciones necesarias para el documento escrito final.

El sustentante queda enterado que en término no mayor de ocho ( 8 ) días hábiles se le notificará por escrito sobre el resultado y recomendaciones pertinentes para que se pueda proceder al acto de graduación.

En fe de lo cual, se firma la presente ACTA, en el mismo lugar y fecha al inicio indicados, siendo las 11:45 horas.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

f. Dr. Cs. Mario Rodolfo Sakzay

Nombre y firma del presidente

f. Dr. Cs. Gustavo Adolfo Estrada G.

Nombre y firma del vocal I

f. Dr. Cs. Jorge Luis De León A.

Nombre y firma del secretario

f. Dr. Rigoberto Velásquez Paz.

Nombre y firma del Director de la Escuela de Estudios de Postgrado

**Thelma Dolores de León Contreras de Grijalva**

LICENCIADA EN CIENCIAS LINGÜÍSTICAS  
CON ESPECIALIDAD EN TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN

Escuela de Ciencias Lingüísticas-USAC

Teléfono: (502) 51107448

E-mail: tdeleonc.linguistica.traduccion@gmail.com

Guatemala, 29 de agosto de 2022

Señores

Escuela de Estudios de post grado  
Facultad de Ciencias Médicas  
Doctorado en Salud Pública  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Ciudad de Guatemala

Estimados señores:

Por este medio **CERTIFICO** que he tenido a la vista el proyecto de graduación para optar al grado científico de **DOCTORA EN SALUD PÚBLICA** de la estudiante: **Karin Danna Casasola Mazariegos**, carné: **8010538** de la Universidad de San Carlos de Guatemala, el cual se titula: **Representaciones sociales de Diabetes Mellitus tipo 2 en la comunidad maya kaqchikel de Sumpango.**

Este trabajo de graduación ha sido leído, revisado y corregido según las normas ortográficas y gramaticales que actualmente dicta la Real Academia de la Lengua Española y según las directrices establecidas por la Facultad de Ciencias Médicas del Doctorado en Salud Pública, en cuanto a: estilo, ortografía, redacción, puntuación, forma y espaciado según plantilla compartida por DIGI. Por lo tanto, se hace constar, que el trabajo cumple con los parámetros formales requeridos en los aspectos antes mencionados

En fe de lo cual, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala puede disponer del documento como considere conveniente.

Sin otro particular, me suscribo.

  
Lcda. Thelma Dolores de León Contreras de Grijalva  
Colegiado No. 20437





Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario UAEM Amecameca

Amecameca, México a 19 de abril del 2022.  
Asunto: Carta de aval de Informe final de Tesis.

**Dr. Mario Salazar Morales**  
**Coordinador Doctorado en Salud Pública**  
**Universidad de San Carlos Guatemala**

PRESENTE

Mi estimado Dr. en S.P. Mario Salazar Morales, con el envío de un cordial saludo y por medio de la presente, quiero informar que la alumna del **Doctorado en Salud Pública KARIN DANNA CASASOLA MAZARIEGOS** cumplió **SATISFACTORIAMENTE** con la elaboración del informe final de su tesis doctoral que lleva como título **"Representaciones Sociales de Diabetes Mellitus Tipo 2 en la Comunidad Maya Kaqchikel de Sumpango"** por lo cual, en mi calidad de Director de Tesis, extiendo mi aval a la candidata **Karin** para someterla al examen de predefensa, de acuerdo con el procedimiento establecido en el Programa de Doctorado bajo su Coordinación.

En espera de contar con su favorable respuesta quedo a su orden, ratificándole la seguridad de mi alta consideración.

ATENTAMENTE  
"PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO"

**"2022, Celebración de los 195 Años de la Apertura de las Clases en el Instituto Literario"**

DR DONOVAN CASAS PATIÑO  
PTC UAEM-CU AMECAMECA



Km. 2.5 Carretera Amecameca - Ayapango.  
Amecameca, Estado de México  
Tel. (597) 9782158 / 59  
www.uaemex.mx

CU Amecameca



Los contenidos de esta obra están sujetos a la licencia Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional de Creative Commons, por lo que se permite la copia, distribución y comunicación pública siempre y cuando se cite a la autora, pero no se permite hacer usos comerciales ni obra derivada. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

# ÍNDICE GENERAL

Introducción .....	1
Planteamiento del problema .....	4
Justificación.....	7
Objetivos .....	9
Aspectos metodológicos.....	9
Aportes .....	10
Estructura de la tesis.....	10
Antecedentes .....	11
Antecedentes Históricos de la Teoría de las Representaciones Sociales.....	11
Representaciones de la enfermedad: entre teorías y paradigmas.....	14
Enfoques en la investigación de las enfermedades crónicas .....	25
Capítulo I. Estado del arte.....	29
1. Salud-enfermedad, enfermedades crónicas y teoría de las Representaciones Sociales .....	30
2. Representaciones sociales en diabetes .....	34
3. Aproximación del estudio de representaciones sociales de diabetes en Guatemala .....	41
Capítulo II. Marco Teórico - Contextual .....	46
1. Diabetes Mellitus tipo 2.....	46
2. Teoría de las Representaciones Sociales.....	52
2.1 Origen .....	54
2.2 Definición .....	55
2.3 Componentes .....	59
2.4 Procesos .....	60
2.5 Condiciones .....	61
2.6 Determinación .....	62
2.7 Funciones.....	62
2.8 Aproximaciones teóricas .....	65
2.9 Aproximaciones metodológicas .....	66
3. Concepto de Comunidad Maya Kaqchikel .....	72

4. Marco Contextual.....	73
4.1 Historia .....	74
4.2 Ubicación geográfica y Demografía.....	74
4.3 Organización política.....	76
4.4 Salud .....	77
4.5 Educación .....	82
4.6 Religión, Costumbres y tradiciones y otros.....	82
5. Contextualización del problema .....	84
5.1 Perfil epidemiológico de la diabetes.....	84
5.2 Diabetes en población indígena.....	88
5.3 La diabetes en el marco de los ODS y el Plan Nacional de Desarrollo.....	89
5.4 Marco político normativo nacional e internacional .....	93
Capítulo III. Marco Metodológico.....	99
1. Perspectiva teórica .....	99
2. Enfoque y tipo de estudio .....	99
3. Muestreo y selección.....	99
4. Método, procedimientos, técnicas e instrumentos .....	100
5. Recolección de información .....	101
6. Análisis .....	103
7. Aspectos éticos.....	106
8. Caracterización sociodemográfica de los participantes del estudio.....	107
Capítulo IV. Presentación de resultados .....	111
1. Categorías y subcategorías de análisis .....	111
Capítulo V. Análisis y discusión de resultados.....	125
1. Categoría Identidad.....	127
2. Categoría Actividad.....	130
3. Categoría Propósito .....	145
4. Categoría Normas y Valores.....	149
5. Categoría Posición y Relación.....	152
6. Categoría Pandemia COVID .....	154

Conclusiones .....	157
Recomendaciones .....	161
Referencias bibliográficas.....	165
Anexos .....	182
Anexo 1.....	182
Anexo 2.....	183
Anexo 3.....	184
Anexo 4.....	185
Anexo 5.....	186
Anexo 6.....	187

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Métodos de análisis de las Representaciones Sociales .....	70
Tabla 2 Perfil sociodemográfico de los informantes .....	109
Tabla 3 Categorías y subcategorías de análisis.....	111
Tabla 4 Descripción de Categorías de Análisis .....	112
Tabla 5 Categoría Identidad, subcategorías y discursos representativos .....	113
Tabla 6 Categoría Actividad, subcategorías y discursos representativos .....	114
Tabla 7 Categoría Propósito, subcategorías y discursos representativos.....	118
Tabla 8 Categoría Normas y valores, subcategorías y discursos representativos.....	120
Tabla 9 Categoría Posición y relación, subcategorías y discursos representativos .....	121
Tabla 10 Categoría Pandemia, subcategorías y discursos representativos .....	123

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Representaciones de la enfermedad a lo largo de la historia .....	15
Figura 2 Esquema de la teoría de las representaciones sociales .....	53
Figura 3 Muertes por diabetes en Guatemala, por sexo y grupo etario, 2018 .....	87
Figura 4 Algoritmo de metodología, proceso y técnica de la investigación .....	106
Figura 5 Estructura general de las Representaciones sociales de diabetes .....	126
Figura 6 Representaciones sociales de identidad.....	127
Figura 7 Esquema de las representaciones sociales de identidad .....	130
Figura 8 Representaciones sociales de ejercicio .....	131
Figura 9 Representaciones sociales de atención complementaria: medicina tradicional .....	133
Figura 10 Representaciones sociales de atención complementaria: medicina alternativa.....	134
Figura 11 Representaciones sociales de atención complementaria: medicina alópata .....	136
Figura 12 Planta Insulina, cultivada localmente en jardines familiares.....	139
Figura 13 Representaciones sociales-atención complementaria: oraciones y peticiones .....	140
Figura 14 Altar religioso de informante católico.....	141
Figura 15 Imágenes religiosas de informantes católicos .....	142
Figura 16 Representaciones sociales de actividad .....	144
Figura 17 Representaciones sociales de propósito – control emocional.....	145
Figura 18 Representaciones sociales de propósito – prácticas terapéuticas .....	147
Figura 19 Representaciones sociales de Normas y Valores.....	150
Figura 20 Representaciones sociales de posición y relación .....	152

## GLOSARIO

APS: Atención Primaria de Salud

CAP: Centro de Atención Permanente

COVID: Enfermedad por Corona Virus (acrónimo del inglés Corona Virus Disease)

DOTA: Declaración de las Américas sobre la Diabetes

DMT2: Diabetes Mellitus tipo2

ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles

EC: Enfermedades Crónicas

ENT: Enfermedades No Transmisibles

Icefi: Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales

IDF: International Diabetes Federation (por sus siglas en inglés)

MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

ODS: Objetivos del Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

PIB: Producto Interno Bruto

RS: Representaciones Sociales

SARS-CoV2: Síndrome Respiratorio Agudo Severo por Corona Virus 2

## Resumen

La Diabetes ha afectado a la población guatemalteca y en gran medida a los pueblos originarios, muchas veces estigmatizados e invisibilizados simbólicamente por las políticas públicas en salud. El objetivo de este estudio es analizar las representaciones sociales (RS) de la Diabetes Mellitus tipo2 (DMT2) en la comunidad maya kaqchikel de Sumpango. Este estudio de tipo cualitativo basado en la teoría de las “Representaciones Sociales” bajo el enfoque estructural, utilizó entrevistas semiestructuradas a una muestra de doce pacientes adultos con DMT2 sin complicaciones, consultantes del Centro de Atención Permanente del municipio de Sumpango.

Los resultados analizados en 5 categorías: *identidad, actividad, propósito, normas y valores, posición y relación*, muestran las emociones como aspecto medular en la construcción de la identidad del paciente. El control de la DMT2 se enfoca en el ejercicio y la atención complementarias en salud, la cual denota un sincretismo entre elementos simbólicos y no simbólicos, que se materializan en las prácticas terapéuticas. La dieta y la reducción de peso están condicionadas a las normas y valores del colectivo, expresadas a nivel familiar, donde las relaciones de poder tienen significados de apoyo, sin limitar la autonomía en las decisiones del paciente. La “pandemia COVID”, categoría emergente, influyó aumentando la percepción de vulnerabilidad, restringiendo la búsqueda de atención y modificando las relaciones de poder. Se concluye que el análisis de las RS de la DMT2 integra elementos que permiten comprender la realidad de los pacientes maya kaqchikeles, de la que derivan prácticas y conductas respecto a la enfermedad.

Palabras clave: Representaciones sociales, diabetes, comunidad maya kaqchikel.

## Introducción

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) es una enfermedad crónica causada por la producción insuficiente de insulina o su utilización inadecuada. Para el 2021 se estimaba en el mundo que 10,5 % de personas entre 20 y 79 años presentaban diabetes, lo que representa 536 millones de adultos con diabetes. Según proyecciones de la Federación Internacional de Diabetes (2021) esta cifra aumentará a 783 millones para el 2045. Con la pandemia COVID-19, la mortalidad por esta causa se ha exacerbado en estos grupos (Carethers, 2020). Según datos encontrados en un metaanálisis de 12 estudios sobre COVID-19 (Romero-Starke et al., 2020), la presencia de comorbilidades como la DMT2 puede ser el factor clave que aumenta el riesgo del 5,2 % para la gravedad de la enfermedad y un 13,4 % más de riesgo de muerte por año de edad respecto al grupo sin comorbilidades en los que el riesgo fue de 2,7 % o sin riesgo alguno, respectivamente.

La carga de morbilidad por diabetes es mayor en países de ingresos medios y bajos, entre los que se encuentran la mayoría de los países de Latinoamérica donde la DMT2 se ubica entre las primeras cinco causas de mortalidad (IDF, 2021; Asociación Latinoamericana de Diabetes [ALAD], 2019; World Health Organization [WHO], 2016). Esta situación se refleja en Guatemala, en la que se reporta una tasa de mortalidad de 43 por 100 mil (Cerón & Goldstein, 2021) y una tasa de prevalencia de 4,2 % en 1970 (Bream et al., 2018) que aumentó a 11,4 % en 2021, arriba del promedio de 9,5 % en la región de Centro y Sudamérica (IDF, 2021).

Para enfrentar este problema el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, en adelante MSPAS, implementó el Modelo de Atención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) para el primero y segundo nivel de atención en salud (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social [MSPAS], 2016), ejecutado a través del Programa Nacional para la Prevención de ECNT. Este modelo se integró al Plan Estratégico Institucional del MSPAS 2018-2032 (MSPAS, 2018) y al Plan nacional de desarrollo Katún 2032 (Consejo Nacional de Desarrollo Urbano y Rural [CONADUR] /Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia [SEGEPLAN], 2014) que plantea transformar el modelo de atención para reducir la morbimortalidad e institucionalizar el derecho a la protección social. Como meta institucional se

espera reducir en 25 % las muertes prematuras por ECNT entre ellas la DMT2. Para ello se definieron como ejes de trabajo, las líneas estratégicas principales (MSPAS, 2015):

1. Políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT).
2. Factores de riesgo y protectores de las ENT y Cáncer.
3. Respuesta del sistema de salud a las ENT y sus factores de riesgo.
4. Vigilancia e investigación de las ENT.

La DMT2 impacta de manera física, emocional, económica y social a la persona, la familia y el entorno. Esta carga recae en gran medida en colectivos marginados entre los que se identifican los pueblos originarios, también llamados pueblos indígenas, los cuales en muchas de las veces quedan estigmatizados e invisibilizados simbólicamente por las políticas públicas en salud (Ponce, Muñoz, & Sival, 2017).

En Guatemala, el pueblo originario maya conformado por 22 comunidades lingüísticas, representa el 41 % de la población total (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2019) y la comunidad Maya Kaqchikel concentra el 17 % del pueblo Maya. Algunos indicadores clave pueden evidenciar la problemática de este pueblo para el cual el gasto público es del 2,2 % del PIB respecto al 6,5 % para no indígenas (mestizos y ladinos), y niveles de pobreza de 72 % y 47 % en hogares indígenas y no indígenas respectivamente (Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales [ICEFI], 2017). En población no indígena las consultas médicas corresponden al 47 % y al 29 % en la población indígena sin diferencia significativa respecto al padecimiento o enfermedad entre ambos (INE, 2016).

Históricamente, los pueblos indígenas en Guatemala han vivido una situación de exclusión social y vulnerabilidad (Sánchez-Midence & Victorino, 2012) que ha configurado el proceso salud-enfermedad-atención.

Al prevalecer la atención bajo el modelo biomédico centrado en la enfermedad, se obvian los significados de la diabetes y quedan reprimidos los símbolos en torno a ella (Menéndez, 1988; Strasser, 2014). Las estrategias de diagnóstico, tratamiento, prevención y control se implementan

sin tomar en cuenta dichos factores. De ahí la importancia de su abordaje a través de las RS, teoría que posibilita estudiar a profundidad los sentidos y significados que las personas les otorgan a los fenómenos que forman parte de su vida cotidiana como lo es la DMT2, y a partir de estos, las prácticas y comportamientos al experimentar, explicar y afrontar la enfermedad.

Es así como, este estudio se realizó con el objetivo de analizar las representaciones sociales de la Diabetes Mellitus tipo2 en la comunidad maya kaqchikel de Sumpango.

## Planteamiento del problema

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) es una enfermedad crónica que ha afectado en las últimas décadas a la población guatemalteca, esta impacta de manera física (individual), emocional, económica y social en la persona, la familia y el entorno. Su cronicidad y complicaciones asociadas conducen a estados de necesidad múltiple en salud, los cuales condicionan en los individuos y colectivos una sujeción al sistema de salud de diferentes formas: *consulta médica mensual, control metabólico, medicamentos, atención de complicaciones como descompensación metabólica, insuficiencia renal, pie diabético, pérdida de años saludables de vida, incapacidad económica laboral, estigmatización, entre otros*. Es así como el aumento epidemiológico de casos nuevos de DMT2, con aparición a edades más tempranas y su posición dentro de las primeras causas de mortalidad general en Guatemala, cuestionan la efectividad de las medidas en salud pública gestionadas por el Ministerio de Salud. Evidencian así mismo su falta de control y prevención en la comunidad guatemalteca.

Esto se podría explicar, por el nulo conocimiento de las necesidades poblacionales desde la perspectiva de los colectivos [pacientes, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, educadores para la salud, entre otros], lo cual, en un país con políticas en salud verticales descendentes, la comprensión del problema radica en una mirada acotada no resolutive.

Aunado a lo anterior, datos nacionales evidencian el aumento en la tasa de prevalencia de DMT2 que casi se triplica en el período de 1970 a 2021 con valores de 4,2 % (Bream et al., 2018) y 11,4 % (IDF, 2021) respectivamente. El problema es potencialmente mayor al considerar que un 8,6 % de adultos presentan intolerancia a la glucosa en ayunas (Barcelo et al., 2012), y que un alto porcentaje de personas ignoran que padecen de diabetes, como hallazgo reiterado. Estos datos confirman que las políticas públicas en salud del país no han impactado en esta enfermedad por presentar una continua alza en sus indicadores. Es así como la población guatemalteca continuará con conductas epidemiológicas deplorables si no existe una visión más amplia de la problemática en salud que afecta a los colectivos, donde la prioridad debe ser en aquellos grupos marginados y olvidados.

En este escenario, *la prevención, promoción y educación en salud* deberían ser un recurso para detener y controlar la llamada epidemia del siglo. Sin embargo, las políticas, programas y estrategias implementadas en esa dirección, no han logrado incidir en la morbimortalidad por esta enfermedad mediante las técnicas y procedimientos normados para su atención. Esta situación no prevista en las políticas de anclaje en salud propicia que la continua interacción de factores entre individuos y colectivos, a través de las percepciones, signos, símbolos, sentido común, cosmovisiones, conocimientos, creencias, costumbres y RS respecto a la diabetes; estén invisibilizados por adecuaciones en salud de carácter vertical, olvidándose por completo del que padece.

Cabe mencionar, que existen en Guatemala, grupos vulnerables como las comunidades mayas (pueblos originarios) los cuales están afectados por desigualdades sociales multifactoriales, que conducen a un menor nivel socioeconómico, educacional y menor acceso a los servicios de salud. A esto se agregan barreras lingüísticas, culturales y factores genéticos, además de la estigmatización social donde la pobreza es icono de miedo. Se agrega a este patrón de marginación la cultura de estos pueblos originarios con sus tradiciones y prácticas, que son nulificadas por completo del contexto de política pública en salud. De ahí la importancia de abordar esta multiplicidad de factores que, aunque obviados o ignorados desde la mirada de la praxis hegemónica biomédica, muestran una perspectiva global del padecimiento y requieren su inmediata atención y abordaje.

Esto ha motivado la realización de investigaciones sobre diabetes en Guatemala, las cuales han permitido distintas aproximaciones al fenómeno en las que predomina un enfoque cuantitativo en población no indígena. Aunque la información es escasa, los hallazgos de un estudio en una población indígena rural del altiplano occidental de Guatemala aportan datos sobre la prevalencia de DMT2 de 13,81 % e igual porcentaje de prevalencia de prediabetes en base a determinación de hemoglobina glucosilada (Bream et al., 2018). Este fue un estudio aislado donde se expone una necesidad manifiesta pero olvidada de toda acción en política en salud. Sin embargo, el enfoque epidemiológico, clínico, bioquímico o educativo de la mayoría de ellos, ha dejado de lado el abordaje investigativo desde la perspectiva cualitativa en salud y en particular, en las comunidades mayas y pueblos originarios.

Esto apunta a la necesidad de profundizar en el análisis de la DMT2 en el proceso salud-enfermedad-atención desde dicha perspectiva a través de la teoría de las Representaciones Sociales, en adelante (RS), para integrar elementos que permitan comprender la realidad de la persona con diabetes de la que derivan prácticas y conductas respecto a la enfermedad. A partir de esta comprensión, contribuir a la implementación de intervenciones efectivas para su **prevención y control**, pues el cambio solo es posible a partir de la comprensión de la realidad.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las representaciones sociales de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes diabéticos de la comunidad maya kaqchikel del municipio de Sumpango?

## Justificación

El incremento sostenido de la DMT2 en las últimas décadas, la ubica dentro de las primeras causas de morbilidad a nivel mundial, regional y nacional. Por su cronicidad, severidad y la diversidad de complicaciones que provocan discapacidad; impone altos costos para su atención que amenazan la sustentabilidad del sistema de salud y generan gastos económicos e intangibles a las familias guatemaltecas, de las cuales más de la mitad vive en situación de pobreza. Es por ello por lo que la diabetes representa un problema de salud pública (Naranjo-Hernández, 2016) que requiere atención urgente y prioritaria, dado que las intervenciones implementadas a nivel nacional y local para detener su avance, no se traducen en un descenso de las tasas de morbilidad y mortalidad.

La comprensión de la salud como un proceso en el que influyen factores concernientes a otros ámbitos no exclusivos de la medicina obliga a considerar las dimensiones psíquicas, culturales y sociales de las personas que padecen de DMT2, en las que radican factores que determinan y/o condicionan las percepciones, creencias, interpretaciones y significados; en los cuales se fundamentan las prácticas ante su enfermedad.

En el contexto sociocultural de Guatemala, el estudio sobre estos aspectos es escaso y casi inexistente en pueblos indígenas, dejando una brecha no solo en la investigación sobre el proceso de salud-enfermedad-atención relacionado con la DMT2 sino en las estrategias y programas para el abordaje de este problema, especialmente en pueblos originarios como la comunidad maya kaqchikel. Esto obedece a un modelo prevaleciente de atención sustentada dentro de un enfoque positivista, que concibe la salud-enfermedad como un proceso independiente del contexto en el que ocurre. Por tanto, se asume como un fenómeno libre de valores, subjetividades y aspectos culturales que le dan significado (Greice et al., 2009), y muchas veces no son tomadas en cuenta en las intervenciones educativas de prevención y tratamiento, estas no se incorporan a la práctica cotidiana del paciente (Pace, Ochoa-Vigo, Caliri, & Fernandes, 2006).

En ese sentido, es necesario profundizar en la investigación que muestre la realidad social de este problema de salud pública contextualizado en el colectivo afectado, para lo cual, la teoría de las RS aporta herramientas y fundamentos que permiten desentrañar sus factores condicionantes. Estos, se constituyen en elementos clave que deben tomarse en cuenta para el diseño e

implementación de intervenciones efectivas de prevención y control de la diabetes, para mejorar la calidad de vida y reducir la carga de esta enfermedad en el paciente, en su familia, así como en el sistema de salud y en la sociedad.

Con la expectativa de aportar a la producción investigativa sobre este tema poco explorado en Guatemala, la autora de este trabajo científico identificó a través de su experiencia comunitaria en acciones de salud pública, la oportunidad de estudiar los factores que operan en torno a una de las morbilidades que más aquejan a la población. Las actividades regulares de tamizaje de DMT2 y promoción de la salud como parte de dicha experiencia contribuyeron a identificar el aumento de casos de esta enfermedad en la comunidad maya kaqchikel de Sumpango. El contacto con la comunidad propició a la vez cierto acercamiento a personas con DMT2 y sus familiares, quienes expresaban sus vivencias, preocupaciones, emociones y su forma de entender y vivir la diabetes de acuerdo con su entorno social y sus concepciones.

Es en ese contexto donde surge la idea de realizar la presente investigación. Con la finalidad de dar respuesta al problema planteado se proponen los objetivos siguientes:

## Objetivos

### Objetivo general

Analizar las representaciones sociales de la Diabetes Mellitus tipo2 en la comunidad maya kaqchikel de Sumpango.

### Objetivos específicos

1. Describir las representaciones Sociales de la DMT2 en pacientes de la comunidad maya kaqchikel de Sumpango.
2. Categorizar las representaciones Sociales de la DMT2 de la comunidad maya kaqchikel de Sumpango.
3. Esquematizar las representaciones Sociales de la DMT2 de la comunidad maya kaqchikel de Sumpango.

## Aspectos metodológicos

La presente investigación tuvo como fundamento la teoría de las representaciones sociales, una herramienta holística que permite el abordaje de fenómenos complejos a través de la investigación cualitativa. Para alcanzar los objetivos planteados en esta investigación se utilizó el paradigma cualitativo de las “Representaciones Sociales” de Moscovici (1979) bajo el enfoque estructural según el modelo de Abric (2001), el cual se consideró idóneo para estudiar cómo las personas construyen y reconstruyen su realidad en torno a la diabetes. Se obtuvo una muestra no probabilística de 12 pacientes adultos maya kaqchikeles de ambos sexos que consultan al CAP del MSPAS en el municipio de Sumpango, con DMT2 no mayor a 10 años de su diagnóstico sin complicación alguna, que accedieron a participar previo consentimiento informado.

Se utilizó como instrumento una entrevista semiestructurada y se realizó análisis de discurso por categoría de las RS con respecto a la diabetes con el objeto de comprender el significado de la enfermedad por los actores.

## Aportes

Los hallazgos del presente estudio contribuyen a comprender la DMT2 desde la experiencia de los pacientes maya kaqchikeles. La propuesta metodológica de Abric, permitió identificar el núcleo de las RS, donde radica la esencia de los significados de esta enfermedad a nivel individual y colectivo a partir de los cuales pueden comprenderse prácticas y conductas, así como saberes legos que las sustentan. El análisis de las RS aporta fundamentos para el abordaje holístico de esta enfermedad mediante estrategias, planes, programas y políticas públicas de salud orientadas al control y prevención de la diabetes.

En el ámbito investigativo, se identifican categorías de análisis para el desarrollo de estudios que profundicen en la comprensión de significados de la diabetes en el proceso de salud-enfermedad-atención.

## Estructura de la tesis

Esta tesis consta de cinco capítulos. El primero describe el estado del arte en el que se revisan estudios que abordan la investigación sobre temas de salud-enfermedad, enfermedades crónicas y diabetes desde el enfoque cualitativo y desde la teoría de las representaciones sociales hasta una aproximación en el estudio de la diabetes en Guatemala desde esta perspectiva teórica.

En el segundo se desarrollan consideraciones teóricas sobre la diabetes y la teoría de las representaciones sociales, en la que se presentan y desarrollan conceptos clave para la presente investigación, concluyendo con el marco contextual en el que fue realizado el presente estudio.

El tercer capítulo presenta la ruta metodológica y aspectos éticos de la investigación, seguida por el cuarto capítulo donde se presentan los resultados. Finalmente, estos se analizan y discuten en el quinto capítulo, el cual cierra con las conclusiones y recomendaciones.

Como preámbulo al estado del arte (primer capítulo), se presentan a continuación antecedentes de la teoría que fundamenta este estudio, seguido de una aproximación a las representaciones de la enfermedad desde diversas teorías, paradigmas y corrientes de pensamiento para concluir con una

mirada al contexto histórico en el que surge el interés por conocer los significados de fenómenos de la vida cotidiana entre los que la salud-enfermedad adquiere relevancia.

## Antecedentes

La diabetes ha sido objeto de estudio de gran cantidad de investigaciones desde diversos enfoques y metodologías. Entre estas la teoría de las “Representaciones sociales” se ha considerado como una alternativa holística y factible (Hueso, 2006) para su estudio en torno a las concepciones colectivas de enfermar y de procurar la atención, así como respecto a la manera en que estos procesos son construidos, reelaborados y compartidos (Torres, 2002).

Es por ello por lo que se consideró pertinente para este trabajo, presentar los antecedentes relevantes de esta teoría desde su origen, los cuales se presentan en la primera parte de esta sección. En la segunda parte, se hace referencia a diferentes teorías, paradigmas y corrientes de pensamiento a lo largo de la historia por su vinculación con las representaciones de la enfermedad, sus concepciones y prácticas, las cuales ayudan a explicar las representaciones sociales de la diabetes. Finalmente, se presentan antecedentes relevantes en torno al enfoque de la investigación de las enfermedades crónicas entre las que se incluye la diabetes, en el contexto histórico que impulsa el estudio de significados e interpretación de fenómenos de la vida cotidiana entre los que resalta la salud-enfermedad.

## Antecedentes Históricos de la Teoría de las Representaciones Sociales

Para comprender el origen de la Teoría de las RS, es importante revisar algunos antecedentes históricos relevantes, los cuales se vinculan con la psicología y en particular con la psicología social (Farr, 1983). La psicología experimental, según su fundador Wilhelm Wundt, enfrentaba limitaciones ante fenómenos de la mente humana que no era posible investigar en el laboratorio mediante el método de la introspección que él aplicaba. Eso lo llevó a considerar la necesidad de estudiar la mente en sociedad y los fenómenos mentales colectivos como el lenguaje, los mitos, la religión, entre otros; fuera del laboratorio. Wundt reconocía estos productos culturales que trascendían el conocimiento consciente de los individuos como algo separado de su ciencia experimental y contrastó lo individual y lo colectivo, aunque no pudo determinar cómo se

relacionaban entre sí. Con ello planteaba una psicología de la mente individual y otra de la mente colectiva la cual plasmó en una serie de publicaciones que denominó: “psicología social o *Volkerpsychologie*” entre 1900 y 1920.

Bajo la influencia de Wundt, el sociólogo y filósofo francés Durkheim, reconoció las diferencias planteadas entre lo individual y lo colectivo. A partir de ello estableció la sociología y psicología como disciplinas diferenciadas (1989) lo cual reafirmó en su artículo "*Representations individuelles et representations collectives*".

Tanto Durkheim como Wundt insistían en que no era posible "reducir" los fenómenos colectivos al nivel del individuo (Farr, 1983). Su visión de una "realidad social" independiente de la psicología individual marcó gran parte de la investigación en la escuela contemporánea francesa en torno a las RS. De ello deriva la orientación "sociológica" que dio a la psicología, en oposición a la psicología "individualista" centrada en el estudio del individuo (Perera, 2003). A esta última corresponde la psicología social americana (específicamente la estadounidense) en la que el estudio de las RS se ha enfocado hacia un estándar de investigación empírica, en la que se prioriza la experimentación y se procura la búsqueda de la universalidad y el individualismo, restando importancia al contexto y la cultura. Esto le ha valido la crítica de la escuela europea y de estudiosos de las ciencias sociales dada su escasa apertura a los enfoques cualitativos (Vergara, 2007).

Bajo la influencia del conductismo, la escuela denominada americana reconoce como objeto de estudio al comportamiento manifiesto, subestimando las expresiones subjetivas grupales respecto a las individuales (Perera, 2003). Esta posición individualista se refleja en la aplicación sistemática y acrítica del principio estímulo-respuesta a la psicología social tal como se aplicaba a las ciencias naturales bajo la influencia positivista. Sobre estas bases la escuela americana-estadounidense se posiciona ante los estudios europeos de las RS, a los que se refiere como especulativos y verbalistas.

Por su lado, la Psicología Social, en su desarrollo, ha recorrido por fases marcadas por conceptos como: “actitudes”, “cogniciones sociales” y “representaciones sociales”, los cuales han sido

asimilados tanto en esa disciplina como en la teoría de las RS propuesta por Moscovici (Perera, 2003).

Con el propósito de redefinir los problemas y conceptos de la Psicología Social, la propuesta planteada en la teoría de las RS, en el contexto europeo, contribuye a comprender los fundamentos del pensamiento social desde un punto de vista diferente al enfoque individualista que prevalecía en Norteamérica (Perera, 2003). Moscovici continúa impulsando la reincorporación de la dimensión social en la investigación en psicología, motivado por los trabajos en campesinos polacos a inicios del siglo XX. Estos estudios planteaban el concepto de “actitud” desde una perspectiva más social, como procesos mentales que definen la forma en que las personas responden a fenómenos de tipo social: los valores.

De manera similar, estudios en desempleados en Austria procuraban explicar el comportamiento basado en creencias compartidas en el grupo, constituyendo vínculos de interacción entre la estructura sociocultural y aspectos de orden mental. Se procuraba de esta manera aprehender la expresión subjetiva de los procesos sociales mediante el concepto de actitud.

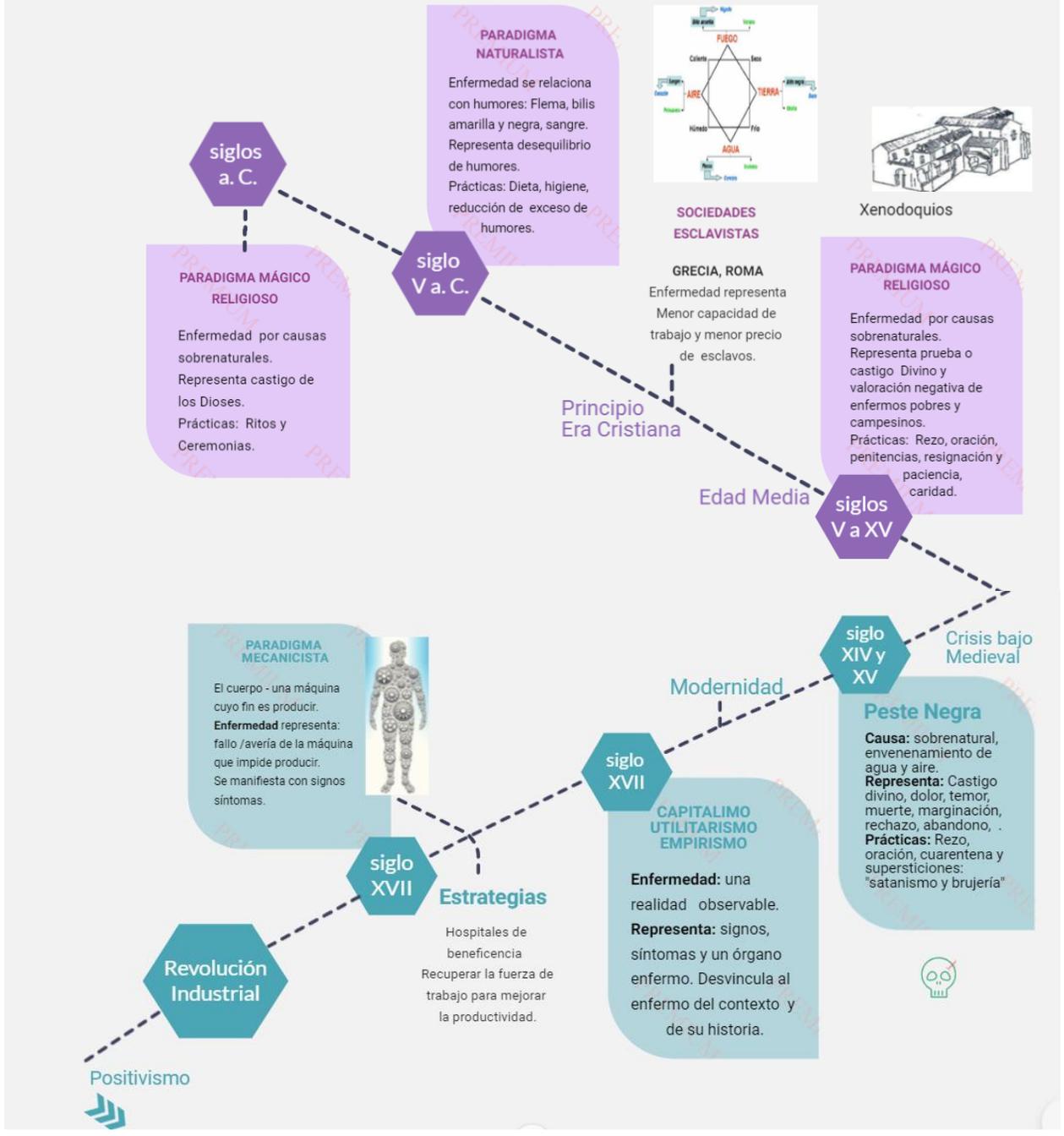
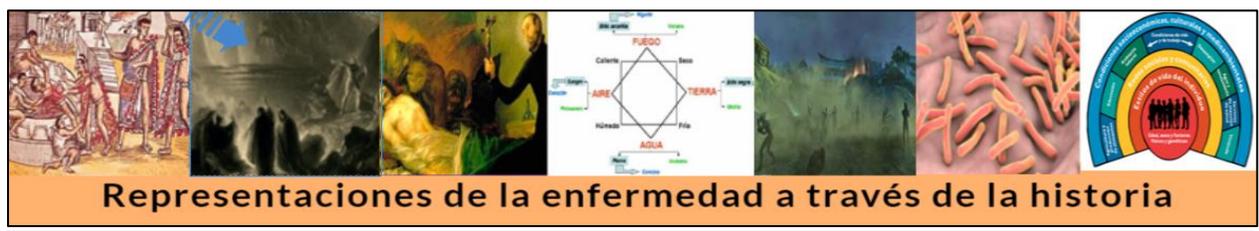
A partir de estas experiencias, la noción de RS se afianza como un modo de pensamiento social que emerge de la vida cotidiana, a la vez que imprime en el pensamiento social una función relevante en la configuración de la realidad social. En este punto cobra importancia el concepto de “representación colectiva” de Durkheim, en la que Moscovici cimentó su teoría de las RS. Aunque ambas tienen puntos de congruencia, se establecen claras diferencias entre ellas. La representación colectiva es la manera como el grupo piensa respecto a situaciones u objetos que le afectan. Durkheim la concibe como hechos sociales de carácter simbólico producto de una conciencia colectiva que la sociedad impone a los individuos. Ello implica un poder coercitivo sobre los miembros de una sociedad que trasciende la dimensión individual y reproduce una idea social.

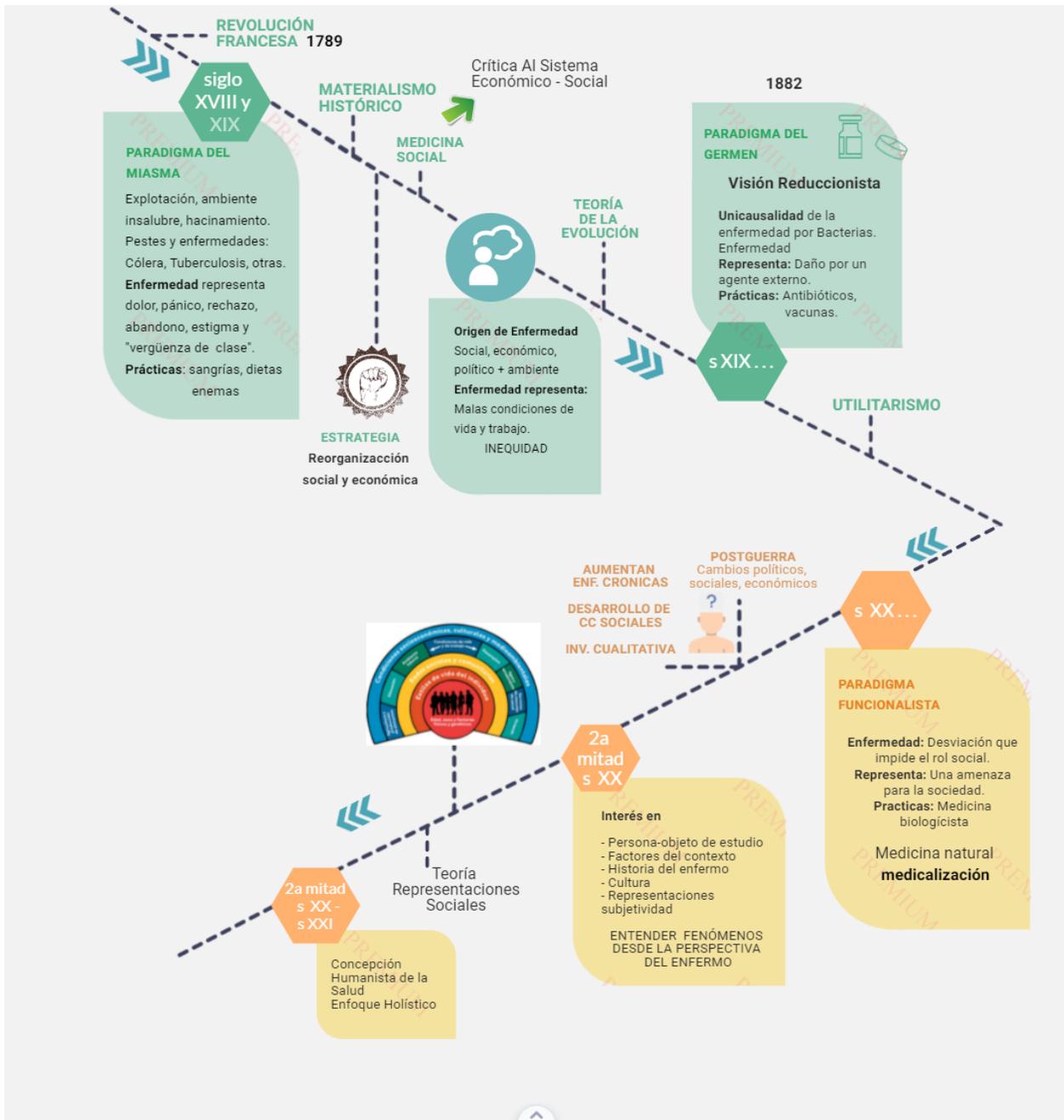
En contraste, las RS se construyen por los individuos en la interacción social en el entorno y realidad en el que viven. Son producciones de naturaleza social que no se imponen a la subjetividad y albergan imágenes, valores, costumbres, ritos, opiniones, actitudes, sentimientos, creencias, miedos etc. (Farr, 1983).

## Representaciones de la enfermedad: entre teorías y paradigmas

A lo largo de la historia, la humanidad ha desarrollado representaciones sobre la salud y la enfermedad. Estas se muestran en la figura 1 en un esquema que las presenta en una secuencia cronológica para luego describirlas en el contexto histórico, social y político en que emergieron y se desarrollaron.

Figura 1  
Representaciones de la enfermedad a lo largo de la historia





Fuente: elaboración propia, empleando Visme actualización 2018.

En general, la salud se ha definido como un valor normalizador, esto es, una condición deseable y valiosa a la que toda persona debe ajustarse. A la noción de salud se atribuyen significados de normalidad, bienestar y equilibrio. En contraste, la experiencia de enfermar se vincula usualmente con significados de dolor, sufrimiento, temor, malestar, frustración, anormalidad, desequilibrio, maldición, castigo, infelicidad. Estas expresiones reflejan, la naturaleza de la vivencia, pero también su contrastación con las concepciones, normas y estándares sociales predominantes que han variado a través de la historia según el contexto social, económico, político y cultural. Cabe mencionar que diferentes culturas han desarrollado sus propias concepciones de salud-enfermedad y sus prácticas terapéuticas respectivas. Sin embargo, en esta sección se resumen aspectos relevantes de la tradición occidental por ser la más afín a nuestro contexto.

Las nociones de salud y enfermedad en las comunidades prehistóricas pudieron haberse asociado a categorías valorativas vinculadas a experiencias cotidianas de placer y sufrimiento. La representación mítico-religiosa del sufrimiento prevalecía para entonces haciendo referencia tanto a estados físicos como psíquicos perjudiciales que impedían la participación en actividades de supervivencia del grupo, interfiriendo con el bienestar y el orden colectivo (Gómez-Arias, 2018). Según las concepciones de esa época, los procesos anormales se atribuían a causas sobrenaturales, y los padecimientos representaban el castigo de los dioses por la transgresión de leyes morales. Estos se expresaban en la vivencia del enfermo como aflicción, soledad, amenaza y culpa por la falta cometida, como interpretación punitiva de la enfermedad. Se recurría a sacerdotes, curanderos, chamanes, parteras, hierberos, adivinadores y brujos quienes practicaban ritos mágicos o espirituales de reconciliación con los dioses.

Hacia el siglo V a.C., Hipócrates promueve una nueva forma de entender el sufrimiento de acuerdo con un pensamiento racional por sobre al pensamiento mágico-religioso. Sus concepciones fundamentan el “paradigma naturalista” que explica la enfermedad como formas de sufrimiento que reflejan un desequilibrio entre los humores que conforman el cuerpo humano en que se mezclan los cuatro elementos de la naturaleza: flema (agua), bilis amarilla (fuego), bilis negra (tierra), y sangre (aire). Las prácticas para restablecer el equilibrio consisten en higiene, dieta y reducción de los humores excesivos mediante la sudoración, el vómito, la expulsión de heces, orina y flemas (Volcy, 2007; Gómez-Arias, 2018).

Los principios hipocráticos continuaron hasta los primeros siglos de la era cristiana en sociedades esclavistas como Grecia y Roma. En estas sociedades, la enfermedad representa menor capacidad de trabajo de los esclavos y la reducción de su precio. Rara vez se atendían sus males, mientras los enfermos no esclavos recibían atención y tratamiento según su capacidad de pago.

Durante la edad media (Siglos V a XV d.C.) y su modelo económico social apoyado por los clérigos, se abandonan los principios hipocráticos y resurgen las concepciones mítico-religiosas. Estas interpretan la enfermedad, el sufrimiento y el dolor como pruebas o castigos divinos resultado del pecado, ante los cuales se fomenta la oración, la resignación y la penitencia. A los enfermos, campesinos pobres y explotados se les valora negativamente, se les juzga como seres alejados del ideal humano y se les considera parias, escorias incapaces de contribuir a la comunidad. Por otro lado, son objeto de compasión y caridad según los principios cristianos y se les presta atención mínima gratuita en refugios, albergues y “xenodoquios” (establecimientos que alojaban enfermos, extranjeros, pobres, huérfanos). Así es como surgen los primeros hospitales ligados a una institución eclesiástica.

Como alternativa, existían algunos médicos laicos que prestaban atención a quienes podían pagar por sus servicios (Gómez-Arias, 2018; Comisión Nacional de Arbitraje Médico [CONAMED] & Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2016).

Así es como la caridad cristiana ligada a la institución de la iglesia da origen al hospital donde los cuidados se realizan por diaconisas, vírgenes, viudas y clérigos que practican la medicina, mientras las clases privilegiadas pagan los servicios de médicos laicos (CONAMED & OPS, 2016).

Bajo la influencia dominante de la religión se construyen más hospitales durante la alta edad media para atender enfermos y heridos debido a las guerras y las pestes. Con ese mismo fin surgen también órdenes religiosas y laicas de beneficencia. Acorde a las concepciones mítico-religiosas, la atención de los enfermos se centra en la compasión, el fortalecimiento del alma y el espíritu de seres desposeídos y en intervenciones poco efectivas para restablecer la salud física. Al propagarse la lepra, una de las enfermedades más temidas de la época, se construyeron lazaretos (estructuras rudimentarias) donde se recluía a los leprosos quienes vivían marginados y apartados de las

ciudades por temor al contagio. Las expresiones culturales demostraban un estigma social a lo que contribuían los preceptos religiosos que indicaban aislar a los leprosos de la ciudad y de la vida cotidiana. Estos debían vestir un traje de leproso y se les prohibía vivir o conversar con personas sanas, entrar a iglesias o caminar en lugares públicos, tocar objetos y lavar sus manos o ropa en arroyos. A estas representaciones de discriminación y miedo se agregaba la aceptación de la lepra como causa legal de divorcio y pérdida de bienes comunes hasta fines del siglo XIV (Soto, 2003).

Durante la “crisis bajomedieval” (s. XIV y XV) caracterizada por guerras, hambre y pestes (epidemias que producían gran mortandad) que asolaron Europa, de las cuales la más mortífera fue la “Peste Negra” (1347a1400), se siguen develando representaciones de la enfermedad. Bajo las concepciones mítico-religiosas que prevalecen, la peste se atribuye a un castigo divino y al envenenamiento del agua y el aire. De esto último se acusó a los judíos, con lo que aumentó la hostilidad y persecución que ya existía contra ellos.

Los efectos de la peste se expresan a nivel colectivo e individual. A nivel colectivo se suspenden festejos, velatorios y ritos, provocando la ruptura de costumbres cotidianas. Se practica el distanciamiento con los enfermos y se evita el contacto físico o visual por temor del contagio. Así mismo se les examina o administra sacramentos, guardando la mayor distancia posible siguiendo las pautas de la teoría contagionista, que advertía mantener a los enfermos lejos de los sanos (Urquía, 2019). La caridad hacia ellos promovida por el cristianismo se debilita y los hospitales saturados de enfermos comienzan a declinar por falta de ingresos, a lo que se agregan los escasos avances médicos que no contribuyeron a prevenir ni curar la enfermedad. La gente busca un apego mágico religioso más allá de su control, para entregar el tema de su salud. Ante el miedo y la ineficacia de oraciones y penitencias, algunos adoptan prácticas supersticiosas señaladas como satanismo y brujería.

De esta manera, la Peste Negra reúne significados de dolor, temor a la muerte y al sufrimiento en soledad, falta de afecto, abandono, rechazo, marginación, miedo a acusaciones de herejía, brujería o a ser identificado como judío por la persecución sistemática y muerte de la que son objeto.

A partir del s. XVII dentro del marco del capitalismo, del movimiento ideológico político de la modernidad y del utilitarismo como ética centrada en la ganancia; se procuraba maximizar la producción que asegurara la riqueza y la seguridad de las monarquías. La necesidad de garantizar la existencia y reproducción de la fuerza laboral y militar convirtió la salud en un asunto de Estado. Se implantaron estrategias para mejorar la productividad de los cuerpos humanos, entre ellas: el fortalecimiento de la medicina y de los hospitales de beneficencia. En línea con la corriente filosófica del empirismo, las concepciones de enfermedad en esta época se plantean como una “realidad clínica” observable que suplanta las ideas mítico-religiosas.

Los signos y síntomas adquieren relevancia y se agrupan en síndromes y enfermedades que se conciben como entidades independientes del enfermo. Con ello, la atención se centra en la enfermedad y no en el enfermo. Agregado a ello, los hallazgos anatómicos e histológicos en disecciones humanas estimulan el interés de los científicos en relacionar la ubicación topográfica de los signos y síntomas con órganos específicos. Lo anterior resulta en la fragmentación del cuerpo y en la reducción de la enfermedad al órgano lesionado. En consecuencia, se desvincula al enfermo que sufre, de su experiencia y de su contexto histórico.

Esta desvinculación del enfermo con su contexto y experiencia continúan en el siglo XVII cuando se afianza la idea de que la naturaleza funciona como una máquina perfecta que obedece a leyes universales que establecen relaciones de tipo causa-efecto. Con estos fundamentos, los aportes de científicos como Galileo Galilei contribuyen a conformar el paradigma “mecanicista” que influyó en las concepciones de la salud-enfermedad y de la función del cuerpo humano como máquina, regulado por leyes naturales. Según este paradigma, lo “normal” es aquello que se ajusta a la regla o ley universal y aquello que no se ajusta se considera “anormal”.

A partir de una serie de descubrimientos y explicaciones desde la fisiología y la estadística, se define como normal a la salud y se expresa en parámetros fisicoquímicos o atributos cuantificables de un individuo dentro de determinados valores límite. Por lo tanto, se establece que ser sano es lo frecuente, lo común, la norma y lo normal. Por el contrario, los parámetros fuera de los valores límite definen lo anormal, lo patológico o la enfermedad que representa una alteración del orden

natural “de alguna pieza del mecanismo” y puede manifestarse como síntomas (Gómez-Arias, 2018).

Estas ideas coinciden con el enfoque positivista representado por Augusto Comte (1798-1857) quien concibe el universo como una máquina sujeta a observación, medición y experimentación. Según esta corriente lo “normal” se asocia a estándares de producción y consumo, mientras lo “anormal” representa una patología y un peligro que altera el orden natural. Se comprende entonces, de acuerdo con la metáfora de la máquina, que el individuo se concibe como un cuerpo cuya finalidad es producir y si falla o enferma, debe repararse para cumplir con su finalidad.

De esa manera, el mecanicismo y el positivismo desconocen la influencia del entorno social e histórico en el proceso salud-enfermedad y obvian elementos del contexto en la vida y el padecimiento del individuo (Gómez-Arias, 2018; Quijano, 2000).

La influencia de estos factores del contexto, se acentúan con las transformaciones económicas, tecnológicas y sociales que acompañan a la revolución industrial entre la segunda mitad del siglo XVIII y la primera mitad del siglo XIX. Sobresale la explotación de trabajadores (hombres, mujeres y niños) y familias provenientes del área rural que se establecen en conglomerados y ciudades alrededor de las fábricas donde viven en hacinamiento sin servicios básicos ni saneamiento. Para entonces se reporta una distribución social de la enfermedad y la muerte, y al igual que las plagas, se propagan mayormente en la clase obrera y pobre que vive en condiciones insalubres donde proliferan malos olores por acúmulo de desechos y falta de alcantarillas (Urquía, 2019).

A estas condiciones del ambiente se atribuyen las enfermedades de acuerdo con los planteamientos hipocráticos que originan la teoría del miasma. Según esta, los vapores y gases liberados por materia orgánica en descomposición constituyen miasmas que el aire difunde causando enfermedades y pestes como la tifoidea, difteria, sarampión, fiebre amarilla, tuberculosis y cólera (Volcy, 2007).

La mortandad por las plagas y la ineficacia de los tratamientos, provocan respuestas sociales como rumores, pánico de contagiarse, segregación y rechazo a los enfermos, quienes deterioran y mueren en poco tiempo. De esta manera, el significado de la enfermedad se asocia a sufrimiento por dolencias físicas por temor al dolor, a la muerte sin esperanza de cura, o a ser abandonado o enterrado vivo (Fiquepron, 2017); y las representaciones se construyen alrededor de las dolencias físicas, pero también psicológicas y subjetivas especialmente relacionadas con el temor.

Reacciones similares ocurren con la tuberculosis, una de las pestes que diezmaron a la clase obrera. La tuberculosis se marginaliza conforme se evidencia su carácter contagioso. A ello contribuye su interpretación por los grupos dominantes como enfermedad de los pobres asociada a una “vergüenza de clase”. Se estigmatiza a los enfermos y sus familias procuran ocultarlos o encubrir la causa de muerte (Ocaña-Servín et al., 2016), mientras los tratamientos según la teoría de los humores (sangrías, enemas, eméticos, dietas y otros) resultan ineficaces.

Esa situación estimula la crítica al sistema económico social por la explotación y el desgaste de la clase trabajadora que deteriora su situación y su estado de salud frente a la indolencia del Estado ante las condiciones precarias e insalubres de las ciudades. Se señala además al trabajo, al hambre y la pobreza como condicionantes sociales responsables de la salud y la enfermedad; y no solo el ambiente, los factores biológicos y físicos. Con ello surge a finales del s. XIX el paradigma de la Medicina Social, congruente con una corriente de pensamiento filosófico de ese mismo siglo, “el materialismo histórico”. Según este, los medios de producción y su tenencia determinan todas las dimensiones de la vida incluyendo el proceso salud-enfermedad.

En línea con este planteamiento, Salomón Neumann (1819-1908) y especialmente Rudolf Virchow (1821-1902), concluyen que las causas de la enfermedad tienen un origen social, económico y político, además de la influencia del ambiente. Con ello señala una representación de la enfermedad asociada a condiciones desfavorables en la vida y el trabajo de las poblaciones como resultado de la inequidad social. Estos planteamientos contribuyen a explicar el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva más holística que requiere un abordaje colectivo basado en la reorganización social y económica que implica reformas como la democracia, el derecho al trabajo, la educación entre otras (Urquía, 2019).

Los aportes de Virchow en el siglo XIX, así como las ideas de la Revolución Francesa (1789) y el materialismo dieron cabida a la dimensión social y política en el fenómeno de la salud-enfermedad, ampliando la perspectiva biologicista (Vergara, 2007).

Desde la biología, los descubrimientos del naturalista Charles Darwin aportan otros fundamentos para una mejor comprensión del origen de las enfermedades. Según su teoría evolutiva e histórica (1859) y la “selección natural” como mecanismo que la impulsa, las enfermedades no se limitan a mecanismos biológicos y características anatómicas fisiológicas más inmediatas. Sus planteamientos basados en la selección natural se pueden generalizar para el análisis de problemas actuales como la obesidad y la diabetes tipo II, las cuales resultan de un desequilibrio del sistema metabólico a las condiciones actuales (Mercado-Martínez, 2016).

Contrastando con estas ideas, el descubrimiento del bacilo de la tuberculosis a finales del siglo XIX en 1882 marca el inicio de la era bacteriológica con la “teoría del germen”, cuya premisa básica se sustentaba en que un microorganismo era la causa única y específica de cada enfermedad. Ante esta evidencia, la investigación y las intervenciones se enfocan en la eliminación de los microorganismos y la prevención se desplaza del cambio de las condiciones sociales hacia el desarrollo de vacunas. La teoría del germen, sustentada en la filosofía positivista, valora lo objetivo, susceptible de medición y el control experimental (Urquía, 2019), lo que deja de lado los planteamientos de la medicina social y del materialismo histórico. Tampoco tiene relevancia la experiencia del enfermo, lo subjetivo, las creencias, las percepciones personales, ni el contexto social en el proceso que experimenta el enfermo.

En esta misma línea y a partir de los principios positivistas y el “utilitarismo” que valora las acciones humanas de acuerdo con su beneficio económico surge el “paradigma funcionalista” hacia 1930. Este concibe las enfermedades como condiciones alteradas o desviadas que impiden el desempeño efectivo de las personas en sus “roles”, lo que trastorna el funcionamiento social. Bajo este “paradigma”, las personas que padecen dolencias representan una amenaza para la sociedad, pues se desligan de sus responsabilidades e interfieren con las actividades de los otros al requerir cuidados y atención, alterando así la dinámica del grupo. Este paradigma define el rol de “curador” (médico, personal de salud, curanderos, chamanes, etc.) como actor encargado de

restablecer el orden. Mediante sus intervenciones, este legitima el rol del enfermo o del discapacitado (concepto que surge con el funcionalismo) como inhabilitado para desempeñar sus funciones en el grupo. Este debe admitir su estado, recibir atención, procurar recuperar su estado funcional y colaborar con el curador.

Por lo tanto, no es el enfermo o el discapacitado quien define su condición sino el curador, que a la vez es quien dicta su comportamiento y el del grupo frente a la enfermedad según los estándares sociales hegemónicos (Gómez-Arias, 2018), impulsando con ello la medicalización de la salud.

Mientras se afianzan estas ideas, la teoría del germen comienza a declinar, lo que se acentúa luego de la Segunda Guerra Mundial cuando las enfermedades crónico-degenerativas van en aumento y sus postulados no logran darles explicación o respuesta. Así mismo, sus limitaciones se evidencian al obviar las reacciones sociales colectivas que se emprenden para defender y conservar la salud del grupo. Dado que esta teoría concibe al ser humano como ente biológico “pasivo” que enferma por la acción de un agente “activo” no toma en cuenta estas reacciones que se aprenden y comparten mediante un lenguaje y una cultura (Urquía, 2019).

Hasta entonces, los factores sociales y culturales se consideraban en ausencia de teorías sociales explícitas y eran manejadas por filósofos, políticos eruditos y algunos historiadores. Con el desarrollo de las ciencias sociales, la sociología y la antropología se conforman como disciplinas en el siglo XX y con ello, lo social y la cultura se constituyen como una dimensión analítica diferenciada de otras dimensiones de la realidad (Urquía, 2019).

A principios del siglo XX, los científicos sociales privilegian las experiencias y significados que les atribuye la población a los problemas de salud-enfermedad desde las condiciones contextuales y desde una perspectiva holística, utilizando métodos cualitativos. Se considera que la noción de salud está al alcance de todos sin restringirse al ámbito científico. Se hace referencia a esta mediante juicios que las personas emiten sobre sus vivencias cotidianas ante los retos y agresiones de la vida y la posibilidad de enfrentarlas. Ser sano significa ser capaz de tolerar y superar las dificultades de la vida. En contraste, la enfermedad es un tipo de regulación u ordenamiento desfavorable que limita la existencia y provoca sufrimiento e impotencia (Gómez-Arias, 2018).

A raíz de los cambios socioeconómicos y políticos de la posguerra en los años 60, la investigación social se interesa en la interpretación de los fenómenos de la vida cotidiana de conglomerados urbanos inmigrantes y grupos marginados. Se da importancia a la subjetividad del individuo, a sus valores culturales, sus representaciones sociales, concepciones y relaciones con que afronta los fenómenos de su contexto social (García-González, 2010). La representación que elabora el enfermo de su enfermedad permite entender la realidad desde su propia óptica, y su discurso expresa una representación colectiva de la enfermedad.

### Enfoques en la investigación de las enfermedades crónicas

La producción científica sobre las enfermedades crónicas se ha centrado principalmente en estudios clínicos, bioquímicos, epidemiológicos y farmacológicos, incluyendo estudios basados en biología molecular, los cuales aplican fundamentalmente criterios biológicos y cuantitativos desde el paradigma positivista. A partir de ellos, se han hecho importantes aportes sobre su magnitud y distribución, así como la medición de resultados de intervenciones clínicas y educativas que pretenden un impacto positivo en el proceso salud-enfermedad-atención. No obstante, el enfoque de estos estudios ha sido objeto de críticas por obviar la dimensión subjetiva, la experiencia y la perspectiva de los actores respecto a su origen, definición y manejo. No se reconocen las prácticas no médicas utilizadas para su prevención, atención y recuperación; y prevalece el carácter prescriptivo del tratamiento.

Bajo esta perspectiva se estudian las enfermedades crónicas como fenómenos independientes del contexto y de la subjetividad de las personas (Mercado-Martínez, 2007), entendiéndose como subjetividad, la producción simbólico-emocional singular, como capacidad humana de generar sentidos afrontando las más diversas situaciones vividas (González-Rey & Bizarril, 2015).

De esta manera, el positivismo ha contribuido al conocimiento del problema de las enfermedades crónicas, incluyendo la DMT2, pero bajo la premisa de los sujetos de investigación en la categoría de hombre-objeto y dentro de una visión parcial y reduccionista. En contraste, los aportes del conocimiento vivencial por los sujetos respecto a la percepción y el afrontamiento de los problemas que enfrentan en su vida cotidiana, y su participación reflexiva es mucho menor. Esta

situación adquiere relevancia porque estas enfermedades desencadenan procesos complejos de carácter emocional, social, económico y no puramente orgánico que requieren ser comprendidos para su abordaje integral (Mercado-Martínez, 2007; González-Rey & Bizarril, 2015). De ahí surge la necesidad de incorporar su estudio a las ciencias sociales (Vergara, 2007).

Esta incorporación surge a mediados del siglo pasado, cuando el estudio de los problemas de salud enfermedad atraviesa el período de los cambios socioeconómicos y políticos que acompañaron a la postguerra y la reconstrucción de la Segunda Guerra Mundial. En ese contexto, aumenta el interés por el estudio e interpretación de fenómenos de la vida cotidiana, la subjetividad, los valores culturales, las concepciones con las que los individuos afrontan situaciones y las relaciones que se producen en la estructura social.

Es en ese momento histórico que el psicólogo social Serge Moscovici introduce una nueva teoría publicada en su libro: *“La psychanalyse: son image et son public”*, donde formula la noción de "representación social" en los años 60. Este libro constituye la culminación de una serie de estudios que llevó a cabo en los años cincuenta sobre las RS del psicoanálisis en el ámbito de la sociedad francesa y en medios de comunicación de ese país (Farr, 1983). Su nueva teoría, dentro del área de la psicología social, tendría su mayor desarrollo a finales de la década de los ochenta hasta finales del siglo XX, a partir del cual se ha difundido a otras latitudes, especialmente a Latinoamérica.

Mientras se difundía la teoría de las RS de Moscovici, se operaba un cambio en la perspectiva de las ciencias sociales a finales de la década de los setenta. Los esquemas explicativos sustentados sobre determinaciones socioeconómicas daban paso al sujeto como objeto de estudio legitimado con su experiencia y el sentido que atribuye a sus acciones. Se reconoce a los individuos como actores sociales que se expresan respecto a la salud y la enfermedad (Herzlich & Pierret, 1988) utilizando un lenguaje que se elabora en las relaciones sociales. Dada la connotación amenazante de las enfermedades y su capacidad de interferir en la vida cotidiana, estas constituyen fenómenos relevantes para la sociedad respecto a las cuales se producen interpretaciones y prácticas en torno a ellas (Menéndez, 1997). Ello da cabida al análisis, a la interpretación y a la búsqueda de sentido

de estos fenómenos como producto de procesos sociales, de elaboraciones intelectuales y de una dinámica de intercambio continuo con la colectividad.

Por su parte, la antropología reconoce la existencia en toda sociedad del discurso en torno a la enfermedad, indisociable de las construcciones mentales que constituyen una expresión a la vez que una vía de acceso al acervo de valores, concepciones y relaciones de sentido de la sociedad (Viveros, 1993). Sobre estas bases se inician, en los años noventa, los estudios sobre la salud desde la teoría de las RS.

En congruencia con estos avances en el abordaje de la salud-enfermedad, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo establece en 1992, la vinculación entre salud y desarrollo (Vergara, 2007) dentro de una concepción de desarrollo humano. Con ello reconoce la importancia de la dimensión socioeconómica en la salud de las poblaciones. Este acontecimiento deja una marca en la historia que abre paso a una epistemología social que concibe al hombre desde un paradigma social y no exclusivamente biológico e individual. Desde esta perspectiva las relaciones entre las personas se transforman también en objeto de estudio.

A pesar de estos avances, en la práctica parece prevalecer el modelo biomédico y con ello, el estudio de la enfermedad desde los factores biológicos, más que desde un enfoque a la persona y a la esfera psicosocial (Serrano-Hernández, Torres-López, & Ávalos-Alcántara, 2009).

## Capítulo I

### Estado del Arte

## Capítulo I. Estado del arte

La información que se presenta en esta sección es el resultado de la revisión realizada en distintas bases de datos con base científica, tales como Redalyc, Dialnet, Medigraphic, Elsevier, etc., bajo las palabras clave: *Diabetes mellitus tipo 2, representaciones sociales, salud, enfermedad, enfermedades crónicas*. El objetivo de esta revisión fue conocer y clasificar el estado actual de la producción teórica y metodológica de las investigaciones generadas en torno a la DMT2 y las enfermedades crónicas dentro de las que se incluye la DMT2, desde la teoría de las RS.

Se expone de manera sucinta, una serie de estudios que abordan, en primer lugar, el fenómeno salud-enfermedad y las enfermedades crónicas desde la teoría de las RS. Luego se incluyen investigaciones que delimitan su objeto de estudio a la diabetes y aspectos relevantes de esta enfermedad desde la teoría mencionada. Dado que se identificó un vacío en la producción nacional de investigaciones en el tema de diabetes fundamentada en la teoría las RS, se exponen algunos trabajos con enfoque cualitativo realizados en comunidades mayas de Guatemala, que presentan una aproximación al abordaje desde dicha teoría.

Un antecedente importante que se tomó en cuenta para la selección de investigaciones basadas en la teoría de las RS, en esta sección, fue su orientación según la escuela europea. Como se mencionó anteriormente, esta última a diferencia de la escuela americana, le atribuye mayor importancia al contexto y a la cultura. En contraste, la escuela americana, desde la psicología social, prefiere la experimentación y se orienta hacia la búsqueda de la universalidad y el individualismo con escasa apertura al enfoque cualitativo. Los estudios en Latinoamérica adoptaron la orientación de la escuela europea (Vergara, 2008), por lo que fue en esos estudios en los que se basó la revisión para los fines y objetivos del presente trabajo.

## 1. Salud-enfermedad, enfermedades crónicas y teoría de las Representaciones Sociales

Para lograr una aproximación a la forma en que las personas conciben el fenómeno de salud-enfermedad, a partir del cual fundamentan sus acciones para enfrentarlas, se ha adoptado la teoría de las RS. Esta constituye una alternativa holística para el estudio de los significados que los sujetos construyen en torno a este fenómeno en tanto busca la relación de las dimensiones subjetivas y sociales en su construcción.

En los primeros estudios relacionados con la salud en Latinoamérica, desde la teoría de las representaciones sociales, se exploraron las representaciones de salud-enfermedad y sus prácticas sociales en una comunidad pobre de Brasil (Arruda, 1994, citada por Urbina-Cárdenas, 2017, p. 503, 504). La autora explora la sabiduría popular, la cual se demuestra en las prácticas preventivas y en el uso de medicina popular en el manejo de enfermedades, como primera opción antes de acudir a instituciones de salud. Entre otros aportes, Arruda comparte una reflexión en la que resalta la importancia de conocer las prácticas que derivan de las RS de la salud, pues a partir de ellas se generan posibilidades de intervención. De esa manera, define una postura ética ante la realidad que estimula la investigación en el tema.

Los aportes de este estudio ponen en perspectiva que las representaciones pueden actuar como facilitadoras en el manejo de la enfermedad. En cuanto a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas como la diabetes, esta se puede facilitar si las necesidades reales del paciente se satisfacen, haciendo coincidir el tratamiento con sus representaciones y expectativas. No obstante, debe reconocerse también las limitaciones que la vida cotidiana pueda imponer para su cumplimiento. Por lo tanto, no se deben considerar solo las cargas físicas de la enfermedad, ignorando el significado personal y social de la experiencia de vivir con la diabetes (Gentili, Maldonato, Grieco, & Santini 2001).

Existen estudios sobre representaciones alrededor de las enfermedades crónicas. Se presentan a continuación algunos que fueron seleccionados por la autora por considerarse ilustrativos

(enfermedad mental, el sida, el cáncer y la hipertensión) para luego enfocarnos específicamente en estudios sobre la diabetes.

En cuanto a la enfermedad mental, Denise Jodelet (1989), una de las mayores representantes de la teoría de las RS, estudia la RS de esta enfermedad desde un enfoque metodológico etnográfico en comunidades rurales en Francia en pacientes de sexo masculino tratados por enfermedades mentales. Los pacientes, luego de recibir tratamiento, eran alojados en hogares de una aldea donde continuaban su rehabilitación comunitaria asumiendo que se integrarían y serían tratados como miembros de la familia. Contrario a lo esperado, estos fueron marginados porque eran considerados diferentes y aunque convivían en el entorno familiar, eran separados de actividades cotidianas como las comidas y eran repudiados por los parientes y amigos si entablaban una relación con alguna joven del pueblo (Bueno & Mestre, 2005; Murekian, 2020).

La autora analiza la forma como las teorías y creencias sustentadas en el sentido común atribuyen determinadas causas a las enfermedades mentales (biológicas, mágicas u otras), las que se materializan en prácticas que imponen normas y espacios de cohabitación. Se evidencia en la interacción familiar la adopción de conductas y prácticas que tienen la finalidad de evitar que la familia contraiga la locura del huésped. Las diferencias que atribuyen al enfermo el estatus de extraño y marginado se mantienen dentro de un medio social y familiar normalizado. Estos hallazgos, muestran que la política de integración del enfermo mental establecida por la institución propicia en forma solapada la exclusión social al confrontarse la RS de la locura y sus correlatos conductuales.

El aporte de este trabajo a la investigación señala la necesidad de analizar las representaciones y el marco simbólico que legitima la conducta individual y colectiva, al plantear políticas y medidas institucionales. Esto debido a que no se puede dar por hecho que las conductas y prácticas que se pretende promover sean un efecto inevitable y consecuente de la creación de recursos sociales o la implementación de políticas institucionales.

En el tema del Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se estudió la construcción de significados del SIDA en los años ochenta, en una aldea rural de Haití. Se aplicó el análisis de

narrativas mediante la cual se documentó la elaboración de una representación sobre este padecimiento la cual fue ampliamente compartida a largo del tiempo. En el proceso de construcción se adoptaron nuevas categorías que fueron asimiladas en marcos interpretativos existentes. Entre ellas, las creencias populares como por ejemplo: la hechicería, el paradigma médico microbiano, los cuales emergieron dentro de un marco general que relaciona la enfermedad con aspectos de naturaleza moral y relaciones sociales (Farmer, 1994).

En este estudio se ilustra el proceso de construcción y objetivación de una RS en cuyo núcleo se integran aspectos relevantes del contexto histórico, social, político y cultural que dan significado al fenómeno denominado SIDA, más allá de una interpretación biológica.

Otro evento que ha captado el interés de la investigación en el ámbito de las enfermedades crónicas es el cáncer. Como fenómeno relevante en la vida de las personas, este se estudió en pacientes de sexo femenino con cáncer de mama y del aparato reproductor en una población con alto porcentaje de habitantes indígenas y en los médicos tratantes en el sureste de México (Hunt, 1998). Al conceptualizar el padecimiento las pacientes se enfocaron en la forma en que el cáncer irrumpió en sus vidas y los cambios que este produjo configurando la experiencia subjetiva del padecimiento, mientras los médicos aludían a este como un proceso fisiológico.

Desde la perspectiva de las pacientes el cáncer se atribuía a una diversidad de causas, entre ellas las emociones, la actividad reproductiva fallida como no tener hijos, ligadura de trompas, el aborto o experiencias traumáticas en el parto; tener muchos hijos, infidelidad de la pareja y otras relacionadas con la herencia, el ambiente y el estilo de vida. En términos de la vida cotidiana, estos eventos permitían explicaciones prácticas de la enfermedad materializadas en el contexto de sus vivencias en contraste con las nociones biomédicas sustentadas en procesos fisiológicos de difícil comprensión, desligados de la experiencia de las pacientes. Un aspecto importante en este estudio es que resalta el sentido moral ligado a varias de las causas, lo que impone una carga valorativa a la enfermedad que influye en la identidad social de las pacientes y en su postura ante el padecimiento.

Estos aspectos se abordan y amplían por Torres (2002) al estudiar las enfermedades crónicas desde las RS. Esta autora expone que las personas con padecimientos crónicos elaboran las RS de su enfermedad a partir de: la experiencia que conjuga sus vivencias subjetivas, la interacción con su entorno social donde se construye “conocimiento de sentido común” y del conocimiento científico. Y a partir de ello, se posicionan frente a su enfermedad y ante la forma de atención y manejo que procurarán. También aclara que vivir con una enfermedad crónica sin un conocimiento exacto de esta implica adquirir conocimiento de sentido común desde los procesos de comunicación social donde se construyen explicaciones que se sintetizan en las RS. Con base en las representaciones, las personas piensan, organizan su vida cotidiana y cuidan su salud.

En esa misma línea, Hueso (2006), reflexiona sobre la enfermedad como fuente de significados individuales y colectivos que condicionan el modo en que un sujeto actúa y responde ante esta. Con ello señala la pertinencia del estudio de la enfermedad desde la teoría de las RS, así como la naturaleza biopsicosocial del ser humano, la cual se niega al deshumanizarse la atención de los pacientes, deslegitimando con ello la importancia de las respuestas humanas ante procesos patológicos. Esto se confirma en el estudio de Sementilli y Vicco (2018) quienes valoraron la percepción de pacientes ambulatorios y hospitalizados con enfermedades crónicas, respecto al rol del profesional de salud en el contexto de la relación médico-paciente durante la consulta.

Con base en los resultados obtenidos en entrevistas y observación directa, evidenciaron que en esa relación se obviaba la interpretación del proceso de enfermar desde la subjetividad del paciente, contrario a la expectativa de estos. Así mismo se observó una interacción paternalista y un enfoque reduccionista de la atención bajo el modelo biologicista que no permite un abordaje holístico del paciente.

Mori y González-Rey (2010) profundizaron en el estudio de las configuraciones subjetivas y las representaciones sociales de la hipertensión. Los autores identificaron y analizaron procesos subjetivos vinculados a la experiencia de pacientes hipertensos, así como la influencia de las RS en su forma de vida y en los sentidos subjetivos asociados a la enfermedad y a la salud. Los resultados evidenciaron el impacto de las RS hegemónicas en el sentido subjetivo de la persona. Constataron que los comportamientos son resultado de producciones subjetivas complejas a las

que solo se puede acceder mediante un análisis abierto. Los autores plantean la crítica respecto a que la hipertensión se atribuye con frecuencia a problemas concretos relacionados con la forma de vida, el estar sometido a tensiones, etc. Sin embargo, no se realiza una indagación profunda sobre la influencia de los procesos subjetivos en el modo de vida, lo cual sería el punto de partida para introducir cambios y generar nuevos sentidos subjetivos para el control de la hipertensión.

Los aportes de estos estudios apuntan a la necesidad de abordar las enfermedades crónicas, mediante estrategias que trasciendan el ámbito biológico y biomédico reduccionista y tomen en cuenta los aspectos subjetivos, sociales y culturales, a lo cual se dirige esta investigación.

## 2. Representaciones sociales en diabetes

Las investigaciones que se presentan en esta sección abordan las RS desde diversas perspectivas a partir de la experiencia de los pacientes ante su padecimiento. Los estudios enfatizan en las RS sobre uno o más de los siguientes aspectos: identidad social, la búsqueda de atención, el manejo, prácticas y conductas, el de apoyo familiar, tratamiento entre otros. Algunos analizan las RS desde la mirada de pacientes controlados o proactivos y pacientes descontrolados. Es alrededor de estos aspectos que se presentan los estudios a continuación, con el propósito de procurar un orden en el desarrollo de esta sección.

En un estudio etnográfico (Torres-López, Sandoval-Díaz, & Pando-Moreno, 2005) se profundizó en el análisis de las representaciones sociales de pacientes diabéticos en un barrio de Guadalajara, México con el objetivo de identificar elementos que permitieran comprender mejor la experiencia de los pacientes ante su padecimiento. Los resultados revelan la representación holística de la enfermedad y significados individuales que varían según el género. Expresan la multicausalidad, dolor, sensaciones físicas, significados de vivir con la enfermedad y la percepción de un ambiente contaminado, antinatural. En el contexto social se identifican limitaciones económicas, familiares y afectivas. Se reitera en este estudio la perspectiva integral de las representaciones de la diabetes desde la vivencia de los pacientes. Lejos de una concepción biomédica y reduccionista de la enfermedad, la representación de la diabetes por los pacientes conjuga una serie de eventos

negativos internos y externos donde lo emocional, lo subjetivo, el estilo de vida y la contaminación del ambiente tienen gran relevancia.

Estudios similares se han llevado a cabo en el ámbito institucional. Uno de ellos es el de Arcos Guzmán y Peña-Mena (2019), cuyo objetivo fue identificar y describir las RS de vivir con DMT2 en pacientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Cuautla, México. Los hallazgos más relevantes fueron representaciones de diabetes como “enfermedad” y la definición de identidad como “pacientes”, por parte de los consultantes. Las representaciones se asociaron a emociones y sentimientos negativos, entre ellas miedo, enojo y cansancio. El autocuidado se establecía a partir de las indicaciones del especialista y se identificó la alimentación como elemento clave para mantener su calidad de vida. Sin embargo, cuando no lograban adaptar la enfermedad a su vida sufrían frustraciones.

Por otra parte, se identificaron creencias que sostenían que al negar el padecimiento la enfermedad desaparecería. En este estudio se nota la influencia del discurso institucional bajo un enfoque biomédico en la RS. No obstante, al incorporarse en sus RS, las construcciones sociales, las vivencias del entorno y la realidad del paciente se reafirma su naturaleza y contenido.

En esta misma línea, se estudiaron las representaciones socioculturales de la diabetes en pacientes de una unidad de medicina familiar y de un hospital de México (García de Alba, Salcedo, & Coutiño, 2006). Los pacientes definieron la diabetes como un proceso en el que ocurre una interrupción de la cotidianidad el cual transcurre en un balance entre sentirse bien o mal (controlado o descontrolado) y en el que se identifican causas internas (emociones) y externas (comida, alcohol). De acuerdo con su definición los pacientes configuran su identidad social, su postura ante el padecimiento y la forma en que debe ser manejada y atendida, dando sentido y significado a sus acciones y conductas. Con ello, se denotan las implicaciones de las representaciones en la búsqueda de atención, la cual, según los resultados, se realiza en primera instancia con personajes significativos del entorno inmediato.

Es ahí donde encuentran recursos culturales de apoyo para definir y controlar el padecimiento, y no con el médico (García de Alba et al., 2006).

Se demuestra en este estudio, la relevancia de la definición de la enfermedad por los pacientes al dar significado y sentido a la RS de la diabetes como un marco para la acción. Por otro lado, identifican discrepancias entre las representaciones del personal de salud y las personas. Es por ello por lo que la enfermedad del paciente no coincide con la enfermedad del médico (Herzlich & Pierret, 1988) y los conceptos de la historia natural de la enfermedad o de su evolución no concuerdan con el modelo biomédico (Torres-López et al., 2005). De acuerdo con estas discrepancias, el diagnóstico de DMT2 no es sinónimo de “ser diabético”, ni la prescripción de un tratamiento, equivale a adherencia o al control de la diabetes.

Otro aporte importante de este estudio (García de Alba et al., 2006) es que establece categorías de pacientes (“proactivos” y “descontrolados”) con base en la representación del padecimiento. Describe sus implicaciones en la definición de la diabetes, el sentido y significado que dan a sus acciones y conductas.

Los “descontrolados” demuestran prácticas terapéuticas limitadas centradas en la expectativa de curarse y un rechazo o falta de apego al tratamiento. En contraste, los “proactivos” reconocen su identidad como personas diabéticas; y sus prácticas de autoatención y búsqueda de apoyo (emocional, económico, alimentación), se dirige al control de la diabetes. En relación con la autoatención, esta se refiere al primer momento en el cual el paciente reconoce sus molestias y con base en experiencias propias o de actores de su entorno toma medidas para restablecer su salud sin la intervención de especialistas (Menéndez, 1997).

Continuando con los hallazgos del estudio, este aporta elementos respecto a las implicaciones de las representaciones en la comprensión de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el control de la diabetes. Además, ayudan a valorar la necesidad de incorporar en el proceso salud-enfermedad-atención, la dimensión cultural que permita comprender los valores, creencias, percepciones y significados, a fin de lograr cambios positivos en la atención.

Este estudio muestra varios puntos de congruencia con la aproximación cualitativa que realizan Marmolejo y Franco (2016). Estos autores analizan el significado de vivir con diabetes en la cotidianidad del adulto en un estudio cualitativo basado en la teoría de las RS en pacientes de una

unidad de atención primaria en Guanajuato, México. Los resultados evidenciaron escaso conocimiento de la enfermedad, emociones negativas como miedo, angustia, tristeza ante el diagnóstico; las cuales contrastaba con una actitud positiva ante la enfermedad que se tradujo en mejoras en el autocuidado como efecto del apoyo familiar. Se denota así el sentido que los pacientes atribuyen a las experiencias con la enfermedad, las cuales determinan los comportamientos en el cuidado de su salud. Se evidencia con ello que el conocimiento científico, no es el único que determina las prácticas y la actitud en el control de la enfermedad, sino las experiencias, las vivencias subjetivas y la interacción con su entorno social en el que se construye el “conocimiento de sentido común” (los saberes legos).

Estos estudios aportan evidencias que apuntan a la necesidad de un modelo holístico de atención que tome en cuenta el conocimiento de las representaciones socialmente construidas para potencializar la atención de las personas con diabetes. Por otro lado, señalan vacíos respecto a lo que sucede con quien sufre la enfermedad, su apreciación sobre esta y la forma en que debería ser abordada.

Moraga (2005) toma en cuenta estos aspectos en una investigación que realiza en Chile, en la que estudia la experiencia subjetiva de la enfermedad en personas con diabetes. Desde la perspectiva de la autora, la persona con diabetes se sitúa en un estado constante de enfermedad. En su estudio, establece dos categorías de sujetos según su condición respecto al control de la enfermedad: “normalizados” y “no normalizados”, a partir de las cuales analiza el discurso generado en entrevistas a profundidad. Entre los resultados relevantes encontró que las personas que viven la enfermedad como algo normal que tiene que cuidarse para toda la vida, según estas lo definen, cuentan con redes de apoyo social donde la familia tiene un rol clave al igual que otras personas con diabetes. Además, están informados sobre su enfermedad por alguna otra instancia del sistema de salud.

En relación con el entorno social como aspecto relevante, se realizó un estudio sobre las RS de apoyo familiar percibido por personas diabéticas atendidos en un centro universitario en Brasil (Santos et al., 2011). Se identificaron tres categorías de apoyo: Apoyo familiar cotidiano, apoyo no permanente y apoyo familiar promovido por el paciente. De acuerdo con estas categorías, los

resultados mostraron que el apoyo familiar es un factor relevante en el tratamiento. En la categoría de apoyo familiar cotidiano, la representación se construyó alrededor de un control excesivo sobre el paciente provocando restricción de su autonomía, frustración, baja autoestima y privación de satisfacciones asociadas a la alimentación y al convivio social. Por otro lado, el control excesivo representó celo y protección de la salud. Este hallazgo permitió identificar que las RS de apoyo familiar pueden tener múltiples significados.

En la categoría de apoyo no permanente, se evidenció que cuando hay apoyo familiar, en especial de los hijos, se elaboraron RS alrededor del afecto, la inclusión y del rol cuidador de la familia. En contraste, en ausencia de ese apoyo, las RS mostraron una carga de sentimientos de soledad, abandono y desamparo. Este estudio hace contribuciones particulares que visibilizan la diversidad y el carácter polisémico de las RS. Además, evidencia el posicionamiento diferenciado de los pacientes de acuerdo con su percepción y significado de la RS ante el apoyo familiar y sus repercusiones subjetivas, en el autocuidado y el tratamiento. Su utilidad para la presente investigación es que señala la importancia de tomar en cuenta el entorno social de los pacientes y definir categorías que permitan indagar sobre su posición y relación al estudiar las RS.

Profundizando en el estudio del apoyo social, se interpreta y compara el significado del apoyo familiar desde la perspectiva de la familia y del diabético en diez binomios familia-paciente diabético de una unidad de medicina familiar del municipio de Chalco, Estado de México (Rodríguez, Camacho, Escoto, Contreras, & Casas, 2014). Se aplica en este estudio el paradigma cualitativo, utilizan la teoría de las RS desde el enfoque estructural de Abric. Según este enfoque la RS se conforma por dos sistemas: el núcleo central donde radica el significado a las representaciones y el sistema periférico alrededor del núcleo donde se materializa y contextualiza la RS permitiendo su adaptación a una realidad concreta.

Los resultados muestran que, al comparar los discursos, predominó la esfera de actividad (acompañamiento, interés y estar al pendiente) por parte de la familia mientras que en los pacientes predominó la esfera afectiva emocional (cariño, comprensión, preocupación, no hacer enojar, regañar). De esa manera, el constructo simbólico de “apoyo familiar” resulta incongruente desde la realidad del paciente y desde la del familiar, lo que denota que no se está cumpliendo con las

funciones básicas de apoyo dado que la actividad realizada por familiares se contrapone a la expectativa del paciente.

Estos hallazgos ilustran la utilidad de la aplicación de la teoría del núcleo central desde el enfoque estructural de Abric en el estudio las RS, así como la necesidad de esclarecer las RS desde la mirada de la otredad para identificar incongruencias que puedan tener implicaciones tanto en el autocuidado como en la implementación de estrategias y programas en salud pública.

Entre otros aspectos investigados de la DMT2 está el tratamiento. Este aspecto se abordó en un estudio en pacientes diabéticos en Brasil, mediante el análisis de las RS de la DMT2 aplicando la técnica de asociación libre de palabras (Costa & Coutinho, 2018). El propósito del estudio era comprender cómo ellos interpretan o explican su vida, creencias, sentimientos, conductas y expectativas frente a la enfermedad. Esta última fue representada como enfermedad crónica relacionada con cambios de humor y peligro de vida, con problemas de “azúcar en la sangre”. Los resultados mostraron una construcción del conocimiento psicosociológico sobre la diabetes que incorpora el saber científico. Las representaciones de tratamiento emergieron en asociación con el control de alimentos, manutención y apego a las orientaciones médicas.

Con estos hallazgos, se visibiliza mejor la enfermedad tal como la entienden los pacientes, lo que puede contribuir al planteamiento de tratamientos dirigidos tanto a los aspectos físicos como emocionales en el contexto de la diabetes.

Otro estudio basado en el enfoque estructural de Abric, es el de Giraudo y Vietto (2018), quienes realizaron un estudio de caso en pacientes diabéticos de un centro de atención primaria en una comunidad de bajos recursos socioeconómicos en Argentina. En el análisis temático y de comparación, encontraron que los pacientes asociaban la DM2 con malos hábitos alimentarios y poca o ninguna actividad física. Resaltan a la familia, como la red principal de apoyo, acompañamiento, contención y provisión de cuidados, a la que atribuyen que la DM2 se viva con naturalidad, en especial por quienes tienen mayor tiempo de padecimiento.

Algunos autores se han interesado en el estudio de las RS en mujeres, tomando en cuenta su involucramiento en múltiples tareas domésticas en el hogar. Entre los más representativos está el estudio de Péres, Franco, Santos y Zanetti (2008) cuyo objetivo fue identificar las RS de mujeres diabéticas de clases populares en relación con el proceso salud-enfermedad. Los resultados muestran que la diabetes se relacionó con sentimientos negativos, la alimentación con pérdida del placer y de daños a la salud, y la medicación tuvo una relación ambivalente como productora de cansancio y como recurso para el bienestar. Respecto a su rol en la familia se observó que las representaciones expresan que “la mujer no puede enfermarse” ya que desempeña una función de soporte a la familia y asumen una sobrecarga de trabajo en el hogar. En consecuencia, postergan su propio bienestar y su cuidado incrementando los riesgos que conlleva la diabetes.

En una revisión integrativa de artículos (Landa, Castillo, & Padilla, 2019) con base en los descriptores primarios “representaciones sociales”, “diabetes tipo2” y “mujeres” se respondieron a las interrogantes: ¿Cuál es la representación social que la mujer tiene sobre la diabetes tipo2? y ¿Qué elementos incluye el núcleo central y los sistemas periféricos de la representación?

Los autores revisaron 45 artículos en base a los cuales realizaron análisis de contenido por el método de similitudes y diferencias para identificar la sociogénesis de las RS y sus elementos. Los conceptos dominantes que originaron el núcleo central de las RS fueron: el padecimiento, la alimentación, la medicación y el ejercicio; alrededor de los cuales se organizan informaciones, actitudes y creencias. La relevancia de estos hallazgos es que definen la conducta de las mujeres, pudiendo afectar la adherencia al tratamiento. Por otro lado, el sistema periférico se integró con conceptos más comunes como: cuidados, medicina tradicional, profesionales y servicios de salud, familia, apoyo, trabajo, género, entre otros; determinados mayormente por el contexto y aspectos individuales. Desde esta perspectiva, los autores concluyen que la diabetes, al igual que las enfermedades crónicas, son eventos que modifican la vida y el entorno de los pacientes.

Estos estudios aportan información que esclarece la forma en que los actores sociales relevantes entienden y actúan en relación con la diabetes en diferentes ámbitos de la vida y permiten profundizar en el conocimiento de aspectos subjetivos, concepciones, creencias, valores, conocimientos etc., respecto a esta enfermedad. Así mismo exponen una variedad de elementos

que evidencian el contenido y estructura de las RS según el contexto de los pacientes donde son compartidos socialmente. Finalmente, se resalta reiteradamente la importancia de abordar el problema de la DMT2 desde una aproximación metodológica centrada en los actores que trascienda el ámbito biológico, y aborde los aspectos sociales, culturales, de género, emocionales, así como la subjetividad y la otredad.

### 3. Aproximación del estudio de representaciones sociales de diabetes en Guatemala

A nivel nacional, no se han publicado estudios sobre las representaciones sociales de la diabetes mellitus o sobre temas afines relacionados con su tratamiento, dieta, apoyo familiar, etc. Existe un vacío de información sobre los significados de la diabetes, desde el sentido común que se construye en el contexto colectivo donde se generan contradicciones y problemas respecto a su manejo. Algunas investigaciones con enfoque cualitativo se aproximan a este abordaje y exploran los significados en torno a prácticas nutricionales y en torno a la diabetes en dos contextos socioculturales.

Uno de ellos se realizó en una comunidad lingüística maya de la región ch'orti en el oriente de Guatemala, dentro del marco del “Programa de acceso equitativo a los servicios de salud y la seguridad nutricional”, liderado por la Organización: “Acción contra el Hambre” (Mariano, Conde, & Cordovilla, 2018), el cual se dirige a mejorar las prácticas nutricionales. El objetivo era conocer las representaciones e ideologías sobre las prácticas alimentarias relacionadas con el consumo de comida “chatarra”, procesada y las bebidas azucaradas en un contexto que se caracteriza por la adopción de este tipo de alimentación y el abandono de las prácticas alimentarias tradicionales dentro de un proceso acelerado de transición nutricional. Los resultados muestran que la población indígena reconoció los riesgos a la salud debido al consumo de esos productos, pero a pesar de ello, el consumo aumentó (Mariano et al., 2018; Moreno & Gil, 2003).

Los resultados permiten concluir que el logro de objetivos informativos no se acompaña precisamente del cambio de conducta esperado. Esto permite evidenciar el peso de factores del contexto, aspectos subjetivos, sentidos y significados que definen las prácticas en salud y nutrición los cuales deben abordarse en las intervenciones de educación y atención en salud.

En la misma línea se realizó un estudio mixto en población indígena maya con el objetivo de estudiar: conocimientos, actitudes y prácticas sobre la diabetes en adultos con DMT2 en 4 comunidades rurales de Guatemala (Chary, Greiner, Bowers, & Rohloff, 2012). Se exploraron también aspectos demográficos, factores de riesgo y disponibilidad y efectividad terapéutica. Los resultados mostraron que, en general, los pacientes tenían conocimiento de los síntomas, pero no de las complicaciones. Atribuyeron la enfermedad a experiencias emocionales como: “susto” o “miedo”, acumulación de emociones, conflictos familiares, violencia y estrés. Se refirieron a la fe en Dios como posible cura y al tratamiento con plantas medicinales, dieta y medicamentos en forma intermitente, según la presencia o no de síntomas o la posibilidad económica para adquirirlos. Algunos utilizaron tratamientos naturópatas cuyo costo era mayor que los tratamientos alopáticos.

Lo anterior denota la coexistencia de diferentes sistemas médicos a los que acude la población. En cuanto a factores de riesgo hubo bajo consumo de tabaco y alcohol, alto porcentaje de sobrepeso y obesidad que en estudios en población no indígena.

Este estudio pone en perspectiva la influencia del conocimiento social sobre las prácticas terapéuticas en el control de la diabetes. Los valores, la cultura, creencias, estilos de vida, además del pluralismo médico influyeron en las prácticas dietéticas y el estilo de vida. Los autores interpretaron esos factores como las principales barreras prácticas para el manejo de la enfermedad, además del desconocimiento por los pacientes, de las causas, la cronicidad, las complicaciones de la DMT2 y el costo de los medicamentos. Estos hallazgos ponen énfasis nuevamente en la importancia del estudio del conocimiento lego y factores que determinan comportamientos y prácticas en el proceso salud-enfermedad-atención.

A partir de los estudios referidos, se evidencia la necesidad de explorar el significado de la DMT2 desde la perspectiva de quienes la padecen, tomando en cuenta su entorno cultural y social, sus estrategias de afrontamiento, las explicaciones socialmente construidas en torno a la enfermedad, pues en base a ello los pacientes se posicionan y definen sus comportamientos y prácticas de cuidado, atención y control de la DMT2. Su estudio permite esclarecer aspectos relacionados con:

las concepciones, aceptación, rechazo o indiferencia en torno al manejo y el control de la enfermedad.

La presente investigación, profundiza en esos aspectos que no han sido estudiados en el pueblo originario maya de Guatemala y aporta elementos para ampliar la lectura de la experiencia y significado de vivir con diabetes. Así mismo, contribuye a dilucidar algunas interrogantes que han emergido de estudios e intervenciones en torno a esta enfermedad, los que pueden ser considerados para la atención holística de este problema en Guatemala, especialmente en la población maya kaqchikel. Considerando lo anterior, se tomaron en cuenta en este estudio aspectos como: la novedad, la originalidad, la actualidad, la pertinencia y la relevancia, los cuales se describen a continuación.

### **Novedad**

Entre los aspectos novedosos del presente estudio se puede mencionar que es la primera investigación en Guatemala que estudia desde un enfoque cualitativo, los significados que los sujetos construyen en torno al fenómeno de la diabetes desde una teoría holística que relaciona las dimensiones subjetivas y sociales en su construcción, la teoría de las RS. La novedad del estudio radica además en haberse realizado en una comunidad maya kaqchikel en la que no se ha explorado el significado de este padecimiento.

### **Originalidad**

Los aspectos mencionados aportan a la vez originalidad a la presente investigación en la que se conjuga el enfoque cualitativo y el estudio de las RS de una enfermedad de importancia epidemiológica y social que afecta a los “pueblos originarios” o "poblaciones indígenas".

### **Actualidad**

La DMT2 en pueblos originarios es un tema de actualidad en Salud Pública, ya que la marginación e inequidad que han contribuido al aumento de DMT2 prevalecen en los pueblos mayas (Lerin, 2017). Esta situación condujo a establecer compromisos recientes en la agenda mundial en la que desataca la Política sobre etnicidad y salud aprobada por los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017) donde Guatemala es signataria. Al adherirse a esta política,

Guatemala adquiere compromisos hacia un enfoque intercultural en la salud y el tratamiento equitativo de los pueblos indígenas los cuales enfatizan la necesidad de generar conocimientos sobre la salud-enfermedad, saberes y conocimientos tradicionales para responder a sus necesidades mediante programas y políticas eficaces.

### **Pertinencia**

La necesidad de generar este tipo de conocimiento es congruente con la pertinencia del presente estudio que profundiza en el análisis de significados de la DMT2 desde la perspectiva de los pacientes maya kaqchikeles. Los significados basados en sus creencias, costumbres, valores, normas, etc. constituyen el saber lego local que se expresa en la vida cotidiana y en las prácticas relacionadas con la DMT2. Estos aspectos requieren investigarse, pues usualmente se ignoran y se descalifican por programas verticales de carácter universal que pretenden cambios de hábitos y conductas donde se generan contradicciones que limitan el control y el manejo de la DMT2.

A la vez, la presente investigación contribuye al reconocimiento, valoración y rescate de las prácticas de salud indígena, lo cual se alinea con el objetivo general de la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad en Guatemala de contribuir en la creación de condiciones políticas y estratégicas para el desarrollo de la salud de los pueblos indígenas. Con ello, se reafirma la pertinencia de este estudio.

### **Relevancia**

De lo anterior deriva la relevancia de este estudio, ya que aporta elementos respecto a la DMT2 construidos en el contexto de una comunidad maya cuya identidad sociocultural es distinta a la de la sociedad dominante. Ello ha determinado vulnerabilidades y desventajas en su proceso de desarrollo (Banco Mundial, 2015) que inciden en la forma de vivir y padecer la DMT2. Por lo que su estudio desde el enfoque cualitativo sustentado en la teoría de las RS aporta nuevos elementos para el análisis y el abordaje holístico de esta enfermedad desde un enfoque intercultural basado en la equidad.

## Capítulo II

### Marco Teórico - Contextual

## Capítulo II. Marco Teórico - Contextual

En este capítulo se presentan los fundamentos teóricos en los que se sustenta este trabajo, así como el marco contextual en el que se obtuvo la información empírica. En la primera parte se define la DMT2 desde la perspectiva social, definición que se adopta para los fines de este estudio. Luego se define y caracteriza según sus referentes teóricos como entidad patológica sus causas y factores de riesgo, sus mecanismos de desarrollo, complicaciones y abordaje general. Seguidamente, se conceptualiza y se presenta la teoría de las RS partiendo de su origen, sus componentes, funciones, procesos y aproximaciones teórico-metodológicas.

Es en esta teoría en la que me apoyo, como herramienta en el abordaje del objeto de estudio para conocer las concepciones, creencias, ideas, significados y prácticas sobre la diabetes desde la mirada del que la padece. Luego se incluye la definición de “comunidad maya kaqchikel”, como concepto clave en este trabajo y los referentes sobre los que se construye la definición. El capítulo concluye con la descripción del contexto en el que fue realizada la presente investigación.

### 1. Diabetes Mellitus tipo 2

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica que sobreviene cuando el páncreas no produce suficiente insulina (hormona que regula la glucemia) o cuando el organismo no puede usar eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula la glucosa en la sangre. Cuando esta regulación no ocurre adecuadamente aumenta la glucosa sanguínea y provoca hiperglucemia como efecto de la diabetes no controlada. Con el tiempo este estado elevado de glucemia provoca daños en múltiples órganos y sistemas, especialmente en el sistema circulatorio y nervioso.

Existen varios tipos de diabetes mellitus los cuales se reconocen como:

- Diabetes tipo 1 (insulino-dependiente)
- Diabetes tipo 2 (no insulino dependiente)
- Diabetes gestacional

La DMT2 es el tipo de diabetes que se presenta en la gran mayoría de los casos de diabetes a nivel mundial (90 % aproximadamente). Se caracteriza por la utilización ineficaz de la insulina y se relaciona con factores de riesgo como la inactividad física, el sobrepeso y la obesidad (WHO, 2016). Así mismo, su incremento se ha asociado principalmente a determinantes sociales que condicionan la manera de vivir y morir de la población. Esta enfermedad de evolución prolongada ha afectado socialmente a la población guatemalteca. Los costos que esta genera, así como el sufrimiento, el acceso limitado a los servicios de salud y el olvido de la colectividad, representan un gran peso social para el paciente, su familia y la sociedad.

Debido a que no se ha contemplado una definición de DMT2 desde una perspectiva social sino más bien biológica, se comprenderá para esta investigación, la siguiente definición:

“La Diabetes Mellitus Tipo 2 es una enfermedad crónica de alto impacto socioeconómico que debido a la utilización ineficaz de la insulina y a factores de determinación social y genéticos, afecta el estilo de vida de la población portadora” (Flores, 2019, p.38).

Los síntomas más frecuentes son la excreción excesiva de orina (poliuria), sed intensa (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, cansancio y trastornos visuales. Estos síntomas son similares a los de la diabetes de tipo 1, aunque pueden ser menos intensos, pueden pasar desapercibidos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse varios años después de su inicio, cuando ya han aparecido complicaciones.

La DMT2 generalmente se presentaba en adultos alrededor de la cuarta década, pero actualmente se presenta a edades más tempranas. Aún más grave es que hasta un 50 % de los pacientes con diabetes ignoran su condición. La DMT2 se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina, pero se requiere también que exista una deficiencia en su producción. Ambos fenómenos se presentan en algún momento dando como resultado la elevación de la glucosa en la sangre (ALAD, 2019). En etapas tempranas de esta afección, puede haber una tolerancia normal a la glucosa, a pesar de la resistencia a la insulina debido al aumento compensatorio de esta hormona por el páncreas. Con el tiempo, este último ya no puede mantener ese estado compensatorio y se presenta la intolerancia a la glucosa que se caracteriza por una marcada elevación de la glucemia postprandial (después de una comida).

Conforme disminuye la secreción de insulina y aumenta la producción de glucosa en el hígado, aparece la diabetes con elevación de la glucemia preprandial (en ayuno).

La diabetes no controlada con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente sistema nervioso y circulatorio (WHO, 2016), lo que conlleva a morbilidades y afecciones secundarias a la enfermedad comúnmente llamadas complicaciones. Las complicaciones de la diabetes se dividen en vasculares y no vasculares. Las primeras, que involucran a los vasos sanguíneos se dividen en microvasculares (retinopatía, neuropatía y nefropatía) y macrovasculares (cardiopatía coronaria arteriopatía periférica y enfermedad vascular cerebral). Las complicaciones microvasculares son características de la DM, mientras que las macrovasculares pueden presentarse en otros padecimientos, aunque ocurren con mayor frecuencia en personas diabéticas. Las complicaciones no vasculares incluyen alteraciones digestivas como la diarrea, genitourinarias, catarata y glaucoma a nivel ocular, disfunción sexual, entre otras.

Además de las complicaciones, las comorbilidades son frecuentes en las personas con diabetes. Alrededor del 50 % los pacientes con DMT2 padecen hipertensión arterial y un elevado porcentaje de ellos presenta al menos un factor de riesgo cardiovascular.

Se han identificado factores de riesgo vinculados a la DMT2, por lo que se recomienda la búsqueda de casos con base en estos factores y criterios clínicos-demográficos. La presencia de obesidad abdominal definida como circunferencia abdominal de 90 cm o más en hombres y 80 cm o más en mujeres, se asocia significativamente con el desarrollo de DMT2, con una razón de probabilidades (odds ratio – OR) de 1.63 y 2.86 respectivamente. La glucemia de ayuno alterada genera un riesgo relativo (RR) de 7,7 para el desarrollo de DMT2. En mujeres hispánicas el antecedente de diabetes gestacional se asocia a un mayor riesgo de desarrollo de DMT2; el que incrementa por la ganancia ulterior de peso, nuevos embarazos y uso de anticonceptivos que contienen progesterona. La etnicidad nativa americana y un bajo estrato socioeconómico son otros factores de riesgo a considerar, así como la historia de diabetes en los padres que constituye un riesgo significativo para DM, independientemente de edad, género o adiposidad (ALAD, 2019).

La DMT2 se asocia en gran medida al estilo de vida, al peso corporal excesivo, a la inactividad física y principalmente al tipo de dieta y hábitos alimentarios, aunque también se presentan factores autoinmunitarios, factores ambientales, estados patológicos como el hígado graso, pancreatitis, cirrosis (WHO, 2016).

Los hábitos alimentarios constituyen uno de los más importantes factores en la aparición y desarrollo de la enfermedad. Se establece, que, los hábitos alimentarios son los que involucran la repetición de prácticas diarias enfocadas hacia las acciones alimentarias, que pueden ser, por mencionar algunas, los horarios de alimentación, los tipos de alimentos elegidos para consumo, el tipo de preparación del alimento, el tipo de dieta, y dentro de estos mismos hábitos, el alcoholismo. Este último produce daños al organismo, principalmente páncreas e hígado, impulsando la resistencia a la insulina y la producción inmadura de tal hormona. Por ello, su consumo no es recomendado, puesto que la probabilidad de daño es mayor que altos los beneficios en su consumo (WHO, 2016).

Los ayunos muy prolongados, regularmente, provocan picos hipoglucémicos en el sistema, creando un estado de cetoacidosis, con lo que el sistema gastrointestinal, a través del nervio vago, envía señales interpretativas de hambre, con lo que el individuo reconoce el estímulo para comer. Si no se lleva a cabo la alimentación, los ácidos gástricos y las secreciones pancreáticas provocan un proceso de estimulación vagal en el que, a nivel duodenal, el páncreas es estimulado por los mismos ácidos gástricos que deterioran el conducto pancreático y crean un estado de calcificación en el páncreas. De esta forma se activa el proceso autoinmunitario. Eso explica porque el ayuno prolongado aumenta el riesgo de aparición de DMT2.

Con el consumo excesivo de carbohidratos simples, como lo son sacarosa (azúcar común), fructosa, etc. el páncreas puede estar sobrecargado debido a que requiere secretar altas cantidades de insulina, que lo puede deteriorar creando alteraciones en el tejido y la producción pancreática, reduciendo sus funciones. Generalmente las dietas con alto contenido de carbohidratos y lípidos favorecen la evolución de la diabetes mellitus. Estados patológicos como el hígado graso, pancreatitis, cirrosis, por mencionar algunos, son patologías que generan diabetes mellitus debido

al incremento o reducción calórica y necesidades nutricionales diversas que necesitan un tratamiento nutricional.

Como guía general para la práctica clínica, el plan de alimentación debe aportar 800-1500 calorías/día para hombres con IMC menor a 37 y mujeres con IMC menor a 43; y 1500-1800 calorías/día para pacientes con IMC superiores a esos valores. Esta constituye una dieta hipocalórica que contribuye a lograr la meta inicial de pérdida de peso debe ser al menos 10 % del peso corporal (ALAD, 2019).

En cuanto al estilo de vida, el sedentarismo y la baja actividad física favorece el desarrollo de DMT2, al reducir el consumo calórico en presencia de una dieta con alto contenido de carbohidratos con el consecuente aumento de peso. La obesidad, en especial la visceral o central, frecuente en este tipo de diabetes aumenta la resistencia a la insulina. Los adipocitos secretan productos biológicos (leptina, factor de necrosis tumoral alfa, ácidos grasos libres, resistina y adiponectina) que modulan la secreción de insulina, la acción de la insulina y el peso corporal, contribuyendo a la resistencia de la insulina. Es por ello por lo que en el manejo de personas con diabetes mellitus tipo 2 que presenta obesidad se debe establecer la meta de disminuir al menos un 10% de su peso corporal en el primer año de tratamiento, y lograr un peso correspondiente a un índice de masa corporal (IMC) entre 18.5 y 25 kg/m<sup>2</sup>. Así mismo, lograr un perímetro de cintura menor a 94 cm y 90 cm. respectivamente para hombres y mujeres según parámetros latinoamericanos (ALAD, 2019).

La actividad física es un factor que coadyuva en el tratamiento y control de la DMT2, ya que favorece el control del peso, reducción de obesidad y sobrepeso, disminuyen síntomas clásicos de la enfermedad, aumenta la calidad y esperanza de vida y el estado anímico incrementa, etc. Es por ello por lo que se recomienda realizar actividad física en pacientes con DMT2.

Se recomienda la realización de al menos 150 minutos semanales de ejercicio aeróbico, con una intensidad moderada, al menos cinco días a la semana. La realización simultánea de ejercicios de resistencia es también recomendable. En ausencia de contraindicaciones, las personas con DMT2 deben realizar ejercicio de resistencia al menos 2 veces por semana. En pacientes con DMT2 de

alto riesgo cardiovascular y previamente sedentarios, que van a iniciar una actividad física moderada, se recomienda la realización de pruebas provocadoras de isquemia, previo al inicio de ejercicio. Se considera como actividad física leve a la caminata de 30 minutos, baile, paseos largos, actividad, actividad de intensidad moderada: trotar, aerobics de bajo impacto, ciclismo.

En personas con DMT2 que no requieren insulina, se recomienda el automonitoreo glucémico cuando están iniciando o ajustando la medicación, cuando se presentan situaciones que puedan descompensar el control glucémico, y cuando deseen entender mejor los factores asociados con las oscilaciones de su glucemia. Por el contrario, el automonitoreo de la glucemia constituye un pilar fundamental en el tratamiento de los pacientes con diabetes que usan insulina.

Además de las recomendaciones sobre el estilo de vida, se cuenta con protocolos de tratamiento medicamentoso según el caso de cada paciente. Usualmente se recomienda iniciar con monoterapia con hipoglucemiantes siendo la metformina la más utilizada. Como alternativa en algunos casos se utiliza un inhibidor de dipeptidil peptidasa-4 o agonistas de GLP-1, especialmente por su menor riesgo de hipoglicemia; a diferencia de las sulfonilureas que incrementan dicho riesgo. La terapia combinada se ha recomendado en los pacientes con DMT2 de diagnóstico reciente y niveles de hemoglobina glucosilada - HbA1c > 8 %. Generalmente se recomienda metformina y otro antidiabético oral. La insulina como alternativa de tratamiento generalmente se utiliza en los casos en los que los hipoglucemiantes orales solos no logran el control metabólico o según criterios terapéuticos más específicos (ALAD, 2019).

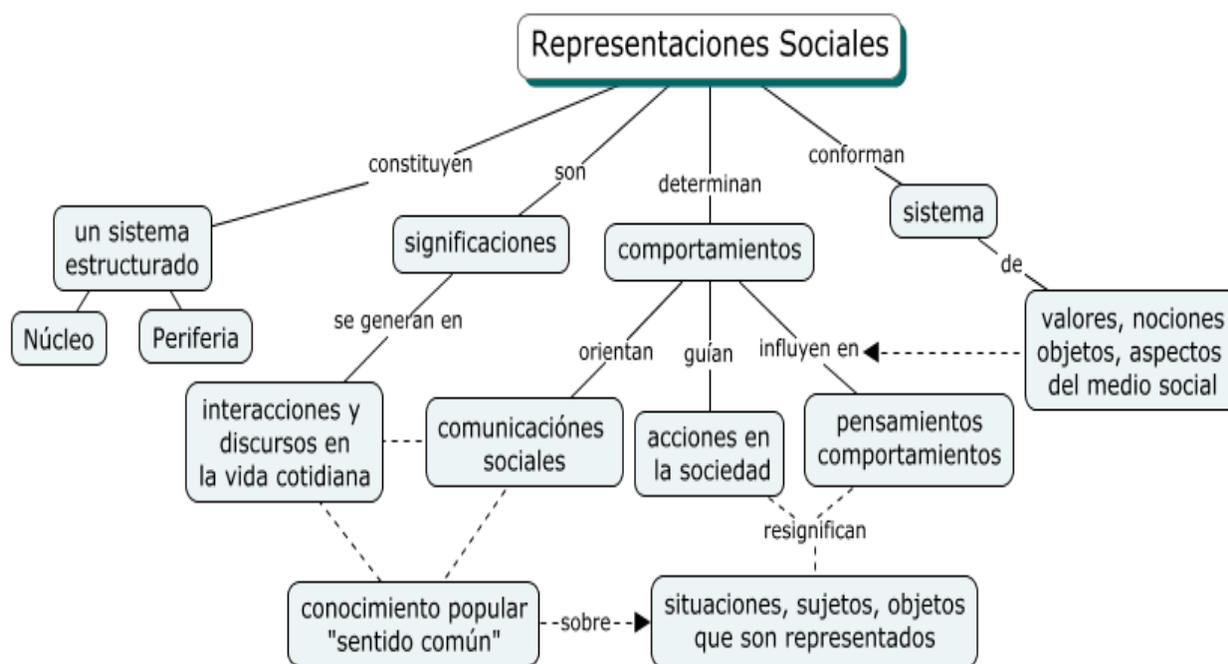
## 2. Teoría de las Representaciones Sociales

Sabemos que ninguna teoría, incluso las científicas, puede tratar de modo exhaustivo la realidad ni encerrar su objeto de estudio en esquemáticos paradigmas. Toda teoría está condenada a permanecer abierta, es decir, inacabada, insuficiente, suspendida en un principio de incertidumbre y desconocimiento, pero a través de esta brecha, que al mismo tiempo es su boca hambrienta, proseguirá la investigación (Morin, 2005, p. 246).

Serge Moscovici, autor de la teoría de las Representaciones Sociales (RS), refería que la novedad histórica atraviesa a las sociedades contemporáneas. Esta invención transforma la construcción de conocimientos comunes, ya que el vocabulario, la sociedad y nociones para describir y explicar la experiencia ordinaria de cada día provienen del lenguaje y la sabiduría acumulada en la memoria comunitaria, creando la memoria compartida. A través de la ciencia y la filosofía, se procesa y reestructura la experiencia y es devuelta a la sociedad transformada en teorías científicas. A partir de esto surge la importancia de estudiar cómo las personas construyen y reconstruyen su realidad social, y toman relevancia las RS, las cuales son formas de pensamiento que dotan de sentido a la realidad social y están constituidas por elementos de carácter simbólico. Es por ello por lo que son consideradas como guía de la acción y marco de lectura de la realidad. De ello deriva su importancia para el abordaje de los problemas de la sociedad.

Se reconocen también como un entramado de diversos factores en forma discursiva a los que se le atribuyen percepciones de la realidad social para crear una idea que oriente un comportamiento social, para que, finalmente, esa idea sea transformada en un acto que permita desenvolverse, socialmente, sobre la práctica.

Figura 2  
Esquema de la teoría de las representaciones sociales



Fuente: elaboración propia, empleando Cmap Tools 2017.

Las RS se manifiestan en el lenguaje e influyen en las prácticas y comportamientos al: experimentar, afrontar, controlar, explicar y comprender la enfermedad. Su estudio, permite identificar la visión del mundo desde la perspectiva de los individuos que la padecen. Esto le confiere a la teoría de las RS un potencial heurístico que permite acceder y analizar los sentidos y significados que las personas le atribuyen a fenómenos de los cuales forman parte y respecto a los que actúan en su vida cotidiana.

Las representaciones sociales se fundamentan principalmente en dos perspectivas teóricas: La propuesta de Moscovici quien privilegia el aspecto cognoscitivo y comunicacional basándose en la concepción de Durkheim; y las RS como producto de interacción intersubjetiva socialmente construida, según la tradición weberiana desde la fenomenología y del interaccionismo simbólico.

Metodológicamente las RS dan cabida al conocimiento del imaginario colectivo en línea con Durkheim y al sentido de la acción de acuerdo con Weber (Weisz, 2017).

Las RS se construyen colectivamente en la relación entre sujetos, (Abric, 2001; Jodelet, 1986) y toman elementos del trasfondo común, denominado el imaginario social. Entendido este último como el universo de significaciones imaginarias que caracterizan y predominan en cada momento sociohistórico, y operan como organizadores que delimitan lo instituido como lo legítimo. Desde el imaginario social, que remite a visiones del mundo, las RS cobran sentido. Así mismo, estas tienen un menor nivel de generalización respecto al imaginario en tanto son de alguien, sobre algo. Las RS se inscriben entre lo psíquico y lo social, la acción y la estructura, lo individual y lo colectivo (Weisz, 2017).

## 2.1 Origen

La teoría de las representaciones sociales tiene su origen en la psicología social con los análisis de Durkheim a finales de 1800, en los que estudió fenómenos generados en la interacción social entre individuos en una colectividad. Este sostiene que la conciencia colectiva, como fuerza coactiva, trasciende a los individuos expresándose en: mitos, religión, creencias, etc., en lo que fundamenta la diferenciación entre representaciones individuales y colectivas. Los planteamientos de Durkheim, particularmente este último, sustentaron décadas después, la teoría de las “Representaciones sociales” propuesta por el psicólogo francés Serge Moscovici. Con ella, se rompe el esquema tradicional del enfoque individual de la investigación psicológica hacia uno social o colectivo.

Esta teoría se concreta conceptualmente al definir las RS como una modalidad particular del conocimiento al que denomina “conocimiento de sentido común”, que se origina en el intercambio de comunicaciones del grupo social, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre individuos.

En el estudio de esta teoría, sobresalen Denisse Jodelet y Robert Farr quienes elaboran definiciones de representación social que aluden al saber de sentido común, como una forma de conocimiento específica o de pensamiento social con una lógica y un lenguaje propios. En su definición resaltan las funciones de orientación y comprensión del entorno social, material, ideal y de comunicación

a través de códigos con los que nombran y clasifican aspectos del mundo e historia individual y colectiva. De manera similar, María Auxiliadora Banchs (2000) reconoce las representaciones sociales como proceso y contenido. Esto implica la reconstrucción mental de la realidad generada en el intercambio social de información y una lógica propia del conocimiento de sentido común que difiere de la lógica científica, sin ser por ello inferior.

Otros aportes son los de Di Giacomo, quien resalta su papel práctico en la regulación de los comportamientos intra e intergrupales y el de Darío Páez en referencia a las representaciones sociales como expresión del pensamiento natural, diferenciándolas de las expresiones formales o institucionales.

## 2.2 Definición

La teoría de representaciones sociales es un cuerpo organizado de significaciones generadas a través de interacciones y discursos en la vida cotidiana mediante las cuales las personas perciben la realidad y construyen una noción de comportamiento que guía su actuación en la sociedad.

Esta teoría propuesta por Moscovici, su máximo exponente, se formaliza en su obra “El Psicoanálisis su imagen y su público” donde da a conocer su teoría:

La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos (...) es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (Moscovici, 1979, p. 17-18).

En este concepto, Moscovici resalta la contribución de las representaciones sociales a un proceso de formación de conductas, así como a la orientación de las comunicaciones sociales. De esa manera, la representación social influye en pensamientos y comportamientos que, al ponerse en práctica, construyen las relaciones sociales entre individuos.

Continuando con los aportes de Moscovici, este expresa:

Por representaciones sociales nosotros entendemos un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales. En nuestra sociedad se corresponden con los mitos y los sistemas de creencias de las sociedades tradicionales (...) constructos cognitivos compartidos en la interacción social cotidiana que proveen a los individuos de un entendimiento de sentido común (Moscovici, 1981, citado por Perera, 2003, p. 10).

Siguiendo a Moscovici, las RS "...son sistemas de valores, nociones y prácticas que proporcionan a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material para dominarlo" (1979, p. 18).

En las citas anteriores se expresan los aspectos centrales de la teoría de las RS. A partir de estos se comprende que el contenido discursivo generado en: diálogos, debates, conversaciones etc., entre individuos en el intercambio cotidiano se basa en el conocimiento socialmente elaborado y compartido respecto a un objeto-sujeto-tiempo. Este corresponde a un conocimiento popular, folklórico o de sentido común que estabiliza y orienta los comportamientos de un colectivo con el fin de tener una respuesta-estímulo-respuesta respecto a la propia percepción y comportamiento (Flores, 2019).

Esta relación sujeto-objeto permitía a Moscovici explicar la construcción e interpretación discursiva:

Sujeto y objeto no se considera funcionalmente separados. Un objeto se localiza en un contexto de actividad, ya que es lo que es porque es en parte considerado por la persona o el grupo como una extensión de su comportamiento (Moscovici, 1973, citado por Wagner et al., 1999, p. 96).

Según este enunciado, se atribuye a los comportamientos la creación de un ambiente en el que el colectivo se desenvuelve, en el que se vinculan los comportamientos con los objetos sociales, resignificándolos y actuando respecto a estos, tematizándolos desde su perspectiva como ente

social. Según expresa Moscovici, “la tematización denota cierto arreglo de palabras alrededor de un sujeto que no es el sujeto sintáctico, de modo que es percibido por quienes lo examinan” (1993, p. 3).

De manera general y breve, Moscovici se refiere a la producción social del pensamiento y la comunicación al explicar: “Es una teoría particular de las formas colectivas del pensamiento y creencia, y de las comunicaciones producidas bajo la construcción de la sociedad” (1993, p. 2).

Existe una relación dinámica, interactiva y transformadora entre objeto y sociedad, que caracteriza a la teoría de las representaciones sociales. Moscovici la contrasta críticamente con la propuesta de Durkheim, más rígida y estática centrada en el colectivo, al respecto de lo cual expone:

En el sentido clásico, las representaciones colectivas son un mecanismo explicativo, y se refieren a una clase general de ideas o creencias (ciencia, mito, religión, etc.), para nosotros son fenómenos que necesitan ser descritos y explicados. Fenómenos específicos que se relacionan con una manera particular de entender y comunicar - manera que crea la realidad y el sentido común -. Es para enfatizar esta distinción que utilizo el término "social" en vez de colectivo. (Moscovici, 1984, p. 3,63)

De acuerdo con lo anterior, se entiende que la mediación simbólica le da significado a la realidad en los grupos sociales. Es por ello por lo que se habla de una construcción de realidades, dado que éstas son lo que los sujetos creen vivenciar naturalmente (Castorina, Posso, & Barreiro, 2006).

Las RS contienen imágenes, opiniones e información relacionada con un objeto social, el cual puede ser un objeto, una situación o acontecimiento, un individuo, etc. Así mismo, la RS es “de alguien” y por ello está influenciada por la posición que ocupa la persona en el mundo social. Se puede entender así la RS, tomando en cuenta *la mediación individual y la trama socio-estructural*, donde se contrasta lo individual y lo social “esta cultura ideológica forma el universo real del individuo y la colectividad” (Casas, Márquez, & Rodríguez, 2014, p.68).

Continuando con los planteamientos de Casas, las RS se pueden conocer y entender también como...

Las experiencias cotidianas de los sujetos, que bien, pueden referirse a grandes parcelas de la realidad, como el mundo físico, el mundo de la vida o el mundo social, o a aspectos muy limitados, como el funcionamiento de un ecosistema o el ciclo de la vida de un organismo. (Casas, 2014, p. 67)

Al reunir información elaborada desde el pensamiento individual y colectivo generada y divulgada en la interacción cotidiana, se resalta el aspecto social de las representaciones. Este permite conocer la forma en que se crean redes de elaboración y difusión de información en la construcción de conceptos empíricos que conforman el “sentido común”. Es mediante estos que las RS explican fenómenos y hechos sociales, y en los que definen comportamientos y reglas que forjan las relaciones entre los individuos que conforman una colectividad. Ello da cuenta del desarrollo de la teoría de las RS y sus aportes a distintas áreas del conocimiento, ya sea psicológica o social. Más allá de esto, evidencia su capacidad para la comprensión del “por qué” y el “para qué” de las acciones de la sociedad respecto a un “qué”, un “algo”, un “objeto” basadas en la subjetividad creada por los sujetos sociales.

En línea con lo anterior, Perera (2003) sintetiza los planteamientos de Denise Jodelet, una de las mayores exponentes de esta teoría, respecto a la noción de RS:

- La forma en que los sujetos sociales aprendemos las situaciones de la vida cotidiana, las características de nuestro entorno, la información que en éste se transmite, y a las personas cercanas o distantes.
- Conocimiento de sentido común en contraste con el pensamiento científico.
- Conocimiento socialmente construido y compartido, a partir de las experiencias propias, de informaciones y modelos de pensamiento obtenido y transmitido mediante la educación tradiciones y comunicación en la interacción social.
- Conocimiento práctico con el cual se construye socialmente una realidad común a un grupo o colectivo en su entorno para comprender y explicar los hechos e ideas de su universo de vida.
- Son a la vez producto y proceso o bien pensamiento constitutivo y constituyente en el proceso de apropiación de una realidad externa y de elaboración psicológica y social de esa realidad.

## 2.3 Componentes

Fundamentalmente se identifica que el contenido de las RS se construye a partir de tres componentes (también llamados ejes o dimensiones): la información sobre el objeto, el campo de representación y la actitud hacia el objeto.

- La información, comprende conocimientos respecto a un objeto o fenómeno social que las personas tienen y que las relaciones cotidianas entre ellos propician, enriqueciendo las explicaciones sobre la realidad. Esta varía en función de la pertinencia grupal, la inserción social, y la proximidad o prácticas en torno al fenómeno social.

- El campo de representación se refiere a la organización jerárquica de elementos (creencias, valores, opiniones etc.) que integran la estructura de una RS. Esta se configura en un núcleo y un sistema periférico según la teoría del núcleo central (Perera, 2003). Estos componentes tienen distintos roles. El núcleo se caracteriza por su estabilidad, a su alrededor se integran los contenidos más relevantes y de mayor significación para el sujeto. El núcleo dota de sentido o modifica el significado de los otros elementos cognitivos de la representación, los cuales se organizan a su alrededor, estableciendo vínculos entre ellos. Con lo anterior se definen las funciones generadoras de sentido y organizadora del núcleo respectivamente. La periferia tiene carácter más flexible, permitiendo la adaptabilidad de la representación a los cambios del entorno. Sus funciones se centran en la comprensión de una situación y definición de conductas respectivas, la defensa del núcleo ante nuevas situaciones que implican contradicciones.

- La actitud, el componente más común y no por ello menos relevante. Se considera que es el primero en generarse. Su función evaluativa orienta el comportamiento y la motivación hacia el objeto representado, lo que le confiere a la representación un carácter dinámico. Esta función le permite al individuo posicionarse ante el objeto independientemente de la calidad o cantidad de información disponible.

## 2.4 Procesos

Además de sus componentes, la representación está ligada a dos procesos imprescindibles en su constitución y funcionamiento: la objetivación y el anclaje.

La objetivación implica tres fases: La primera consiste en retener selectivamente información que el sujeto posee sobre un objeto social, apropiándose de aquella que se ajusta a su modelo de pensamiento y a los valores del grupo. Con esa información se configura en la segunda fase, una imagen concreta del objeto representado, de fácil expresión. Esta constituye el núcleo central de la RS, que resulta de un proceso social de construcción, la cual se asume como una realidad. En la tercera fase, la representación social, al hacerse cotidiana le da fuerza a los objetos representados en nuestra mente (Ibañez, 1988).

La objetivación, en palabras de Moscovici: “Es descubrir la cualidad icónica de un ente o idea imprecisos, para reproducir un concepto en una imagen” (1984, p.38).

De esta manera, la objetivación vincula el objeto representado con los valores, normas, ideología de la realidad social, en congruencia con Jodelet y Abric, en los siguientes enunciados: “El núcleo es simple, concreto, gráfico y coherente (...) lleva la marca de la cultura y de las normas del entorno social” (Abric, 2001, p. 20).

“En este caso, la intervención social se traduce en el significado y la utilidad que les son conferidos” (Jodelet, 1986, p. 486).

Al transformarse un objeto en imagen se naturaliza, de modo que ya no se percibe la información de los objetos sino las imágenes que los reemplazan; siendo estas las que constituyen la realidad. El **Anclaje** integra nueva información a un sistema preexistente de pensamiento, para interpretar y dar sentido a la realidad social. De esa manera, permite afrontar situaciones u objetos sociales extraños o desconocidos. El anclaje articula las tres funciones básicas de la representación: la función cognitiva de integración de la novedad, la función interpretativa de la realidad y la función de orientación de las conductas y las relaciones sociales.

Al respecto del anclaje, Alfonso expresa:

Para nosotros el proceso de anclaje sería la integración al pensamiento de una nueva información sobre un objeto, la cual aparece con un significado específico ante nuestros esquemas antiguos y a la que se le atribuye una funcionalidad y un papel regulador en la interacción grupal. Es aquí donde se manifiestan los procesos de asimilación y acomodación, pues las informaciones recibidas son deformadas por nuestros esquemas ya constituidos, y a su vez, esta nueva información cambia nuestros propios esquemas para acomodarlos a sus características. Se puede afirmar entonces que este proceso se refiere al enraizamiento de la representación social y su objeto. (2007, p. 14).

La relación dialéctica entre la objetivación y el anclaje hace que lo extraño se haga familiar. “Se combinan para hacer inteligible la realidad, y para que, de esa inteligibilidad, resulte un conocimiento práctico y funcional” (Wagner, 1994, p. 836).

Esa relación estrecha facilita comprender la constante evolución de la formación-transformación de las representaciones, lo que encuentra sustento en los argumentos de Moscovici en los que aclara que: “la objetivación traslada la ciencia al dominio del ser y el anclaje la delimita en el del hacer” (Moscovici, 1979, p. 121).

Mientras la objetivación expone cómo los elementos de la ciencia se vinculan en la realidad social, el anclaje visibiliza cómo estos se configuran y se expresan en las relaciones sociales, de modo que su actuación conjunta guía los comportamientos. La acción conjunta de estos dos procesos, objetiva, naturaliza y ancla las RS constituyéndolas en guías y orientadoras del comportamiento. De esta manera Moscovici, infiere tres condiciones de emergencia de las RS.

## 2.5 Condiciones

La dispersión de la información, la focalización del sujeto individual y colectivo, y la presión a la inferencia del objeto socialmente definido.

1. La dispersión se refiere a la información insuficiente y desorganizada que poseen las personas sobre un objeto social para responder una pregunta o construir una idea sobre este.

2. La focalización es la atención diferenciada que una persona o colectivo otorga a zonas del entorno, a hechos o fenómenos que reclaman insistentemente su atención, emitiendo opiniones o juicios conforme a sus intereses particulares. Representa la información medular del objeto representado donde se centra el mayor atractivo y en el que pueden confluír la mayoría de los discursos sobre la realidad percibida.
3. La presión a la inferencia es la presión social que se ejerce sobre el individuo o el colectivo a quienes demanda posturas u opiniones sobre hechos u objetos focalizados de interés público. Sus opiniones basadas en conocimiento de sentido común expresan información amplia apegada al hecho u objeto según su consideración y punto de vista, de los que construye un concepto fáctico al exponerla ante el medio colectivo (Moscovici, 1979).

Estos aportes contribuyen a la metodología pues constituyen un aspecto central en el análisis del discurso para caracterizar y/o categorizar la información.

## 2.6 Determinación

Las formas en que la estructura social determina una representación fueron definidas por Moscovici como: central o lateral. La central, constituye el constructo intracolectivo que mantiene relación directa con la representación e incluye significados de la propia cultura (ideología, mitos, creencias etc.). La lateral, intercolectiva, incluye aspectos cognoscitivos y expresivos basados en la experiencia del individuo que representan su aporte a la colectividad e inciden en el constructo de la RS. Estas formas aclaran el rol de la sociedad y los individuos en la conformación de las RS.

## 2.7 Funciones

La utilidad práctica de las RS se destaca en sus funciones, las cuales han sido sistematizadas por Abric (2001) uno de los mayores representantes de la teoría: evaluativa, identitaria, orientadora, explicativa, clasificatoria, sustitutiva y simbólica. Con base en la caracterización de Abric, Perera (2003) resume las funciones que se exponen a continuación:

- La función de conocimiento permite a los actores sociales comprender y explicar la realidad; adquirir nuevos saberes, integrándolos y ajustándolos a sus esquemas de valores y cognitivos de manera comprensible. Así, las RS facilitan la comunicación social.

- La función identitaria contribuye a definir la identidad y con ello preservar la especificidad de los grupos al situar a las personas y grupos dentro del contexto social congruente con el sistema de valores y normas históricamente determinado.
- La función de orientación de las RS guía las prácticas y comportamientos, determinando *a priori*, el tipo de relaciones pertinentes al sujeto respecto a lo que es lícito y tolerable en un contexto social, acorde a las normas y valores socialmente determinados.
- La función justificadora permite a quienes participan de una situación, justificar *a posteriori* un comportamiento o toma de posición, y explicar sus conductas o acciones.
- La función sustitutiva de las RS actúa como imagen de la realidad sustituyéndola, a la vez que participan construyendo el conocimiento respecto de esa realidad.
- La función icónico-simbólica permite recrear la realidad de una manera simbólica mediante imágenes o símbolos que representan objetos, fenómenos y hechos de la realidad social.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, las RS constituyen una modalidad de expresión del pensamiento individual y colectivo, de una época, cultura, religión etc., inmersos en una sociedad. Se centra en la exploración, descripción, organización, clasificación, interpretación y representación de objetos de estudio enfocándose en signos y significados. A partir del conocimiento social se elaboran comportamientos que encuentran fundamento en conceptos cognitivos empíricos que conforman un “sentido común”.

El pensamiento social provee criterios empíricos delimitados por las normas y valores del grupo, que se constituyen en guías para comprender el entorno cotidiano. Permiten la construcción y el ajuste de comportamientos, creando y recreando de esa manera un “sentido común”.

De acuerdo con la psicología ingenua, la gente tiene un conocimiento de su entorno y de los sucesos que ocurren en él, logran este conocimiento a través de la percepción y otros procesos, se ven afectados por su ambiente personal e impersonal... permanecen en relación de unidad con otras entidades y son responsables de acuerdo con ciertas normas. Todas estas características determinan el papel que la otra persona juega en nuestro espacio vital y como reaccionamos ante ellas (Heider, 1958, citado por Perera, 2005, p. 34).

Las sociedades erigen sus propios sistemas de pensamiento acorde a su bagaje de creencias, valores, prácticas, cultura, etc., los cuales experimentan transformaciones a través del tiempo. A partir de estos, las personas aprenden una realidad codificada del mundo, la cual modelan individualmente de acuerdo con su percepción de la realidad en función de sus características propias.

Son producciones mentales que trascienden a los individuos particulares y que forman parte del bagaje cultural de una sociedad. Es en ellas como se forman las representaciones individuales que no son sino su expresión particularizada y adaptada a las características de cada individuo concreto (Ibañez, 1988, citado por Alfonso, 2007, p. 3).

Esto nos lleva a entender las RS como una teoría general y particular; general por contribuir a construir vínculos y acciones comunes, y particular porque analiza las formas colectivas del pensamiento, de las creencias y de la comunicación bajo el apremio de la sociedad (Casas, 2014). Con el propósito de conocer la esencia, la razón de ser, la finalidad del fenómeno simbólico que reconstruye la existencia y la actuación del individuo, congruente con la propia realidad; se abordan estos fenómenos desde una teoría holística e integradora: la teoría de las representaciones sociales. Esta se apoya en saberes y perspectivas inter, multi y transdisciplinarias necesarias para abarcar el amplio espectro del fenómeno a fin de comprender el universo en el que se encuentran inmersos los objetos de estudio. De esta manera identificar y atacar los problemas generados desde la realidad misma.

Por lo tanto, la teoría de las representaciones sociales debe entenderse como una teoría hermenéutica fenomenológica de conceptualización discursiva de los significados entre la relación objeto-sujeto-tiempo, bajo la influencia de determinantes sociales intrínsecos y extrínsecos (educación, cultura, ideología, religión, percepción, economía, sociedad, etc.), extrapolados de manera fáctica al hábito y estilo de vida (Flores, 2019. p. 30).

## 2.8 Aproximaciones teóricas

A través del tiempo se han propuesto diferentes aproximaciones para el estudio de las RS. Según la revisión realizada por Banchs (2000) los enfoques principales en los estudios sobre RS son el procesual y estructural. Estos enfoques ayudan a definir la orientación metodológica de un estudio. El enfoque procesual reconoce al ser humano como productor de sentidos y se interesa en el análisis de las producciones simbólicas, de los significados, del lenguaje. Se centra en la comprensión de hechos particulares que dan origen a una representación. En este enfoque los significados atribuidos a un hecho, a un objeto o persona se ligan estrechamente a la historia, la cultura y el contexto, por lo que procura comprender los sentidos, los significados y cultura de un grupo en su entorno social.

En contraste, el enfoque estructural se centra en el contenido de las RS que plantea que estos son sistemas sociocognitivos que se organizan en un núcleo central y un sistema periférico alrededor del núcleo. Este enfoque se basa en la Teoría del Núcleo Central de Abric (1984), según la cual los elementos cognitivos que constituyen la representación juegan roles diferentes de acuerdo con su ubicación en la estructura de la RS. El núcleo determina el sentido o significado y la organización de la representación. En él radica la base común de consenso colectivo de la representación ya que expresa referencias ideológicas, normativas contenidas en la historia grupal por las que está determinado. Es así que posibilita ver los objetos de representación en forma similar o de la misma forma por quienes integran un grupo, con lo que define la homogeneidad del grupo en relación a dicho objeto. Dada su estabilidad, el núcleo asegura la permanencia de la representación y resiste al cambio.

El sistema periférico por el contrario, es flexible, se modifica y cumple un rol de adaptación de la RS a situaciones cotidianas del contexto social mediante las cuales puede arraigarse en la realidad. Por ello su determinación está más individualizada y contextualizada. Define comportamientos y decisiones sobre lo que se debe o no decir o hacer según las posiciones diferenciadas al interior del grupo y según la variabilidad de este sistema, lo que no admite el sistema central. En congruencia con lo anterior, cuando se transforma una RS, además del proceso de reinterpretación de la información que esto implica, es el sistema periférico el que primero se modifica (Rateau & Lo

Monaco, 2013). En función de estos dos sistemas, las RS reúnen características de estabilidad y movilidad; rigidez y flexibilidad.

Existe una estrecha relación entre elementos del sistema periférico y el núcleo central, siendo este último el que determina el valor, función, ponderación de estos elementos, así como su jerarquización. Su cercanía a la estructura central confiere concreción al significado de la representación, mientras su posición distante justifica y aclara esa significación.

Se entiende entonces, que las RS constituye un sistema de interpretación de la realidad en la vida cotidiana a partir de la cual se definen comportamientos adecuados en una colectividad. Ante nuevas ideas o situaciones que cuestiona sus conocimientos, prácticas e identidad; o transgreden las normas del grupo, las RS surgen para atenuar las reacciones decodificando situaciones sociales, elaborando explicaciones que se ajustan a los patrones cognitivos y conductuales habituales del grupo.

Epistemológicamente, el enfoque estructural, provee un marco conceptual para el estudio de las RS estables y no de aquellas en formación. En ese sentido, cobra relevancia el estudio de su estructura respecto al de su contenido (Rateau & Lo Monaco, 2013).

Para los fines del presente estudio, se retoman los elementos de la teoría de las RS desde el enfoque estructural de Abric, basada en la organización y estructura de las RS en núcleo y periferia.

## 2.9 Aproximaciones metodológicas

Para el abordaje metodológico de las RS, es importante tomar en cuenta que estas son producto de una situación problemática o fenómeno objeto de representación que emerge en un grupo. Por ello, las ideas y comportamientos sustentados en la subjetividad generada por la sociedad respecto a dicho fenómeno precisan por su relevancia, complejidad y amplitud; un abordaje desde ópticas distintas para su comprensión. Esto requiere la aplicación de métodos y técnicas que permitan mayor aproximación al fenómeno.

En este sentido, Moscovici al instrumentar su teoría utilizó un enfoque plurimetodológico en el que combinó entrevistas, cuadernos de campo, cuestionarios y análisis de contenido entre otros, sin particularizar alguno en especial (Gutiérrez, 2016). Esto motivó la crítica y el rechazo por las corrientes epistemológicas predominantes. No obstante, a través del tiempo, se han configurado modelos de aproximación teórica y empírica que han contribuido a definir estrategias metodológicas, que orientan los procesos de acopio y análisis de la información.

Considerando los principales enfoques teóricos de las RS, en el enfoque procesual se priorizan dos vías para el estudio de las RS: los métodos de recolección y análisis cualitativo de datos, y la triangulación múltiple al combinar técnicas, teorías e investigadores. En el enfoque estructural a partir de la hipótesis del núcleo central, se aplican diferentes métodos para identificar la estructura de la RS y desarrollar explicaciones sobre sus funciones. Entre ellos, el análisis del discurso, técnicas correlacionales, los análisis multivariados, ecuaciones estructurales o estudios experimentales (Banchs, 2000; Gutiérrez, 2016).

En congruencia con la aproximación teórica y metodológica, se deben identificar también las técnicas de recolección más apropiadas para obtener la información a partir de la cual se podrán identificar y analizar las RS. De acuerdo con las técnicas de recolección de información, según Abric (2001) se identifican dos grandes grupos, las interrogativas y las asociativas. De las interrogativas, las más destacadas y utilizadas para estudiar las RS son: La entrevista en diferentes modalidades: a profundidad (o cualitativa) y semiestructurada (focalizada), el cuestionario, tablas inductoras, diseños y soportes gráficos y el enfoque monográfico. Y de los asociativos: La asociación libre y la carta asociativa.

En este trabajo, se utilizará la entrevista, considerada como una de las técnicas principales de recolección de información en el estudio de las RS. La entrevista propicia el diálogo que favorece la obtención de información mediante el discurso de los sujetos, como medio de acceso a su universo simbólico y significativo, constituido y constituyente de la realidad social; en cuya argumentación se expresan las representaciones.

Dado que toda RS se construye socioculturalmente, el discurso se genera en un espacio-tiempo y cultura determinada. Es así como el sujeto en su discurso se apoya en estos aspectos (Gutiérrez, 2016). Por lo tanto, es importante indagar sobre quiénes son las personas que lo producen, en qué situación, desde dónde lo producen, etc.

Entre las variantes de la entrevista como técnica de recolección de datos, se aplicará en este trabajo, la entrevista semiestructurada, una de las más utilizadas en estudios cualitativos, en los que el material de análisis lo constituyen los discursos producidos por los informantes (Gutiérrez, 2016). Con esta entrevista se construye un tipo de guion (Anexo 3) en el cual las preguntas poseen un carácter flexible ya que el orden de estas podría variar, así como el recorrido discursivo o los tiempos de la entrevista. Así mismo, se puede profundizar en algún aspecto, requerir alguna aclaración al informante o bien, agregarse nuevas preguntas en el curso de la entrevista. Para formular las preguntas a fin de captar las RS, se construyen ejes de análisis que permiten la aproximación al objeto de estudio, tomando en cuenta el problema de estudio, así como el referente empírico (Cuevas, 2016).

Dado que los significados de las RS no son neutros puesto que son socialmente construidos y se constituyen desde la singularidad del sujeto y a partir del lugar que este ocupa en su entorno; es importante conocer las condiciones en que las RS se producen (Gutiérrez, 2016; Cuevas, 2016). Es por ello por lo que se debe indagar sobre estas condiciones para obtener información del sujeto y sus características sociodemográficas. En el presente estudio, esta indagación se realizará a través de la entrevista y del registro de información sociodemográfica de informantes (anexo 2).

A partir de la caracterización de las RS se introducen herramientas metodológicas cuya validez confiere a la teoría un carácter metodológico social al privilegiar y retener hechos relevantes del discurso ideológico, separar el conjunto de rasgos en categorías simples, construir un modelo o teoría explicativa y evaluativa a partir del discurso, y reconstruir y reproducir la realidad (Páez, 1987).

En el estudio de la teoría, diferentes autores e investigadores han contribuido a su fortalecimiento, aportando fundamentos y desarrollando orientaciones metodológicas en las que han destacado

algunos de sus representantes, entre los que se encuentran: Jodelet, Flahault, Friedman y Di Giacomo; y asumiendo una posición crítica, desde su perspectiva metodológica particular se encuentra, entre otros, Tomás Ibáñez.

Respecto al análisis de las representaciones sociales, Banchs (2000) resalta: El análisis de procedencia de la información, el análisis de los actos ilocutorios (Páez, 1987) y -el análisis gráfico de los significantes (retomadas de Jodelet).

- El análisis de procedencia de la información de Jodelet: Se enfoca en el análisis de las fuentes de donde el sujeto obtiene sus datos, independientemente del contenido temático. A pesar de su dificultad, esta técnica permite discriminar el grado de implicación personal y el arraigo social de dicho conocimiento.

- El análisis de los actos ilocutorios de Flahault: Analiza los diálogos obtenidos de fuentes de datos como textos, medios de comunicación u observaciones. Se detectan los actos explícitos y luego se analizan las relaciones de poder para dar finalmente, una imagen de tales actos.

- El análisis gráfico de los significantes de Friedman: Declara que deben ser transcritos y enumerados en unidades de significación, todos los materiales grabados; y las palabras que más se repitan, se identifican para reproducirlas gráficamente en un sociograma ilustrando las relaciones lingüístico-semánticas, lo que se conoce por núcleo figurativo. Metodológicamente, esta última, es la más rigurosa ya que permite mejor acercamiento a la realidad debido a su extensa y compleja elaboración (Mora, 2002).

Así mismo, Tomás Ibáñez (1988) se refiere a la metodología de análisis de correspondencias en las representaciones sociales, como un análisis multidimensional de tipo factorial, de alcance descriptivo. Se basa en campos lexicales o semánticos realizando una asociación e indagando por medio de una serie de palabras-estimulo. La tabla 1 resume estos métodos de análisis.

Tabla 1  
*Métodos de análisis de las Representaciones Sociales*

<b>Autor</b>	<b>Método</b>	<b>Análisis</b>
Jodelet	Análisis de procedencia de información	Fuentes de información
Flahault	Análisis ilocutorios	Diálogos provenientes de las fuentes de datos. Relaciones de poder y reglas explícitas e implícitas
Friedman	Análisis gráfico de los significantes	Unidades de significación y palabras más frecuentes en diálogos grabados Relaciones entre las palabras (lingüístico-semánticas)
Ibañez	Análisis de correspondencia	Campos lexicales Palabra-estímulo

Fuente: Elaboración propia

El tipo de análisis a realizar debe tener congruencia con las orientaciones. Para los fines de este estudio, se retoman los elementos de la teoría de las RS desde el enfoque estructural de Jean Claude Abric (1984). Este concibe las RS como conjuntos estructurados y organizados de significados, creencias y puntos de vista. Están conformadas por dos subsistemas interactivos: el sistema central y el sistema periférico, en las que se basa cada representación, según la teoría mencionada.

**El análisis de las RS desde el enfoque estructural utiliza comúnmente el análisis del discurso, siendo este el que se seguirá en la presente investigación.**

Se trabaja con los textos que se transcriben de los discursos de entrevistas realizadas a los informantes. El análisis estructural, en general, comienza identificando unidades básicas de sentido en las transcripciones de la información recolectada en las entrevistas. A estas unidades se asignan

códigos que se agrupan en categorías según sus características. Estas se relacionan con las categorías propuestas, subcategorías o categorías emergentes mediante la asociación de textos del corpus a variables descriptivas previamente definidas y comparación del uso de formas específicas.

En el primer nivel descriptivo del texto, se identifican múltiples códigos de base que es necesario reducir, aplicando el concepto de saturación discursiva (Serbia, 2019). Esto es, cuando las entrevistas u observaciones no aportan nuevos elementos (Martínez-Salgado, 2012) o cuando se llega al límite de entrevistas debido a que comienzan a repetirse los argumentos o información, y una mayor cantidad de sujetos no hacen aportes diferentes a la significación del contenido de la representación (Perera, 2003).

Luego de identificar los códigos, se procede a reducirlos mediante la asociación a una misma categoría que los incluye. El texto puede dar lugar a estructuras paralelas (principio de asociación y equivalencia de los términos); jerarquizadas (términos subordinados clasificados en cascada en función de un sistema de clasificación jerárquico); o cruzadas (complejidad y los matices combinando valoraciones positivas y negativas, sentidos opuestos simultáneamente), que dan cuenta de los principios simbólicos que subyacen al texto. Al evocar, sintetizar, o condensar un significado común, se puede pasar de la pluralidad de expresiones al término único por asociación semántica que posibilita visualizar la estructura del texto (Weisz, 2017). Se identifican categorías estables de términos asociadas en el interior, y a otras categorías. Luego, se organizan las relaciones entre estos con base en el modelo de acción que orienta las prácticas.

Los elementos que conforman la representación son jerarquizados y ponderados. Se identifican unidades de significado que evocan una forma de pensar sobre el objeto del que se habla (a partir de estas los enunciados adquieren sentido). Se define la identidad de los núcleos representacionales de los sujetos al identificar los núcleos semánticos por concurrencias de palabras y se presenta un resumen de la estructura contenida en una representación, en un gráfico.

La realización de estas técnicas y la retroalimentación de los participantes aporta validez y confiabilidad, constituyendo estrategias para la triangulación.

Para concluir, la teoría de las RS es una teoría fenomenológica incluyente, que abarca una variedad compleja de conocimientos y creencias compartidas en una comunidad, a los que atribuye validez como producto de la construcción mental del colectivo. Toma en cuenta que sobre estos se construye la realidad como resultado de las interrelaciones y capacidades de juzgar de manera razonable situaciones y hechos en base a: significados, hábitos, creencias, cultura, etc., propios de una sociedad; cuyo fin último es la creación del sentido común.

En este sentido, se opta por la entrevista semiestructurada como técnica para el abordaje del objeto de estudio, sobre el sujeto de estudio en forma directa, minimizando el riesgo de sesgos al enfocarse en los datos que se obtendrán mediante discursos.

Atendiendo al rigor metodológico, se agrega una microetnografía como punto de triangulación con el propósito de describir, conocer, evidenciar y contemplar la aproximación a los espacios y a los sujetos de estudio en diferentes momentos. En relación con el objeto de estudio, se aporta como información adicional la contextualización respecto a las RS, lo que confiere mayor amplitud y comprensión al fenómeno social desde su abordaje a través de la teoría de las RS.

### 3. Concepto de Comunidad Maya Kaqchikel

A continuación, se define el concepto de Comunidad Maya Kaqchikel abordado en este trabajo con base en elementos centrales del acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas de Guatemala. Estos son: su pertenencia al pueblo originario maya cuya identidad se basa en un conjunto de elementos como: la descendencia directa de los antiguos mayas, su idioma proveniente de una raíz maya, el cual caracteriza a la comunidad lingüística kaqchikel; su cosmovisión basada en la relación armónica de los elementos del universo, una cultura basada en los principios y estructuras del pensamiento maya (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2016). Una explicación del mundo y del hombre y una concepción estructurada del universo que se manifiesta en los mitos, en las fórmulas religiosas y las prácticas rituales (Garza, 1978); y, la autoidentificación. Esta última entendida como la libre y voluntaria decisión sobre la pertenencia al pueblo maya.

La comunidad maya kaqchikel se conforma por el conjunto de personas que poseen, reconocen y utilizan el kaqchikel como idioma común, ya sea en un espacio territorial, social o cultural específico. El idioma constituye un elemento central al definir las comunidades del pueblo maya, ya que a través de este se adquiere y transmiten los conocimientos y valores culturales (PNUD, 2016).

Para fines de este estudio, la comunidad maya kaqchikel se considera como la comunidad conformada por personas que poseen, reconocen y utilizan el kaqchikel como idioma común en el espacio territorial, social o cultural del área de estudio, pertenecientes al pueblo originario con identidad y cultura maya. El término “indígena” utilizado por algunos autores citados, alude a una comunidad lingüística conformada por personas pertenecientes a un pueblo originario que en este estudio corresponde a la comunidad maya kaqchikel (anexo 4, mapa lingüístico de Guatemala).

#### 4. Marco Contextual

En esta sección se comparte información general del contexto en el que fue realizada la investigación. Se realiza una breve descripción etnográfica, y se incluyen aspectos generales y datos de población, ubicación, contexto histórico, político, sociodemográfico, económico, religioso, de salud y epidemiológico. El propósito de este capítulo es mostrar un panorama general del entorno y condiciones sociales en las que los entrevistados se desenvuelven en la vida cotidiana. Para el desarrollo de esta sección, se consultó bibliografía, información operativa de los servicios de salud, estadísticas oficiales de donde se obtuvo datos de la población y sus características, así como observaciones y registros propios obtenidos en apoyo a la presente investigación.

Como fenómeno relevante que se instauró antes del trabajo de campo, se consideró pertinente describir en el desarrollo de esta sección, la situación y condiciones del contexto derivadas de la pandemia Covid19, en el entendido que esta continúa y consecuentemente, la aplicación de medidas para su contención.

## 4.1 Historia

El nombre de Sumpango deriva del vocablo Nahuatl “Tzompantli” y del kaqchikel “Taun Pen” una mezcla lingüística-etnográfica que se ha explicado a partir de las migraciones toltecas que llegaron a Mesoamérica desde la ciudad de Tula (capital tolteca) muchos años antes de la conquista. Los Cakchiqueles fueron parte de estas migraciones, que se asentaron en el altiplano guatemalteco y recibieron influencias de las culturas maya y olmeca (Móbil, 2012). Con la llegada de los españoles en 1524, Sumpango fue uno de los primeros poblados que estos establecieron. Según registros históricos, en ese mismo año los padres Dominicos iniciaron la enseñanza del catolicismo en la lengua nativa: kaqchikel y en español con el apoyo del obispo Francisco Marroquín. Hacia el año 1549, la congregación de San Agustín Sumpango fue formada en el mismo lugar donde actualmente se ubica el área urbana. Esta pagó tributo directo a la corona, la cual consistía en productos locales, como maíz, frijol, cacao y gallinas.

Sumpango fue reconocido como municipio de Sacatepéquez al promulgarse la constitución política del Estado de Guatemala, el 1 de octubre de 1825. De acuerdo con esta, el territorio del estado quedó dividido en 11 distritos para la administración de la justicia, ubicándose Sumpango dentro del octavo distrito, correspondiente a Sacatepéquez en el circuito denominado San Juan. Actualmente Sumpango es uno de los 16 municipios del departamento de Sacatepéquez (anexo 5).

## 4.2 Ubicación geográfica y Demografía

Sumpango se ubica a 42 km de la ciudad capital y a 24 km de distancia de la cabecera departamental de Sacatepéquez, con una extensión territorial de 55 km<sup>2</sup>, en un área geográfica montañosa. Es uno de los 340 municipios de la República de Guatemala y uno de los 16 municipios que conforman el departamento de Sacatepéquez (anexo 5). Su cabecera departamental es Antigua Guatemala. Tiene una población de 37,260 habitantes que representan el 11% de la población del departamento de Sacatepéquez y el 2% aproximadamente de la población nacional. Tres cuartas partes de su población se concentra en el área urbana en la cabecera municipal y un cuarto en el área rural en ocho aldeas. Existe una relación aproximada de 1:1 entre ambos sexos, el grupo de 20 años de edad y mayores representa el 58% de la población y 90% de los habitantes pertenecen al pueblo lingüístico maya kaqchikel (INE, 2018).

Sumpango es el segundo municipio más poblado de Sacatepéquez, con una densidad poblacional de 803 habitantes por km<sup>2</sup> (Instituto de Investigación en Ciencias Naturales y Tecnología [IARNA], 2017). Limita al norte con Santo Domingo Xenacoj, al este con Santiago Sacatepéquez y San Bartolomé Milpas Altas, al sur con Pastores y Jocotenango y al oeste con El Tejar Chimaltenango.

Existe desigualdad social y económica, mayormente en las aldeas del área rural, así como en la periferia de la cabecera municipal con porcentajes de pobreza general casi del 50 % y pobreza extrema del 8 % (IARNA, 2017), siendo las comunidades rurales las que menos acceso tienen a servicios básicos.

La actividad económica de Sumpango se basa principalmente en la agricultura con cultivos de maíz, frijol, hortaliza y productos de exportación como arveja china y ejote francés. La fuerza laboral dedicada al trabajo agrícola es de 60 % (IARNA, 2017) seguido de la industria (22 %), servicios (9 %) y comercio con 9 %. Durante las épocas de cosecha, algunos agricultores migran temporalmente a otros departamentos para trabajar en el corte de café o caña. La tasa de ocupación es del 99 % y solo un 2.4 % se emplea en el sector formal, por lo que casi la totalidad carece de beneficios sociales y jubilación. La producción pecuaria es relativamente baja, en la que se registran dos granjas de pollo y una granja de cerdos para engorde. (SEGEPLAN/Dirección Técnica del Presupuesto [DPT], 2010).

En el municipio existe un solo mercado en la cabecera municipal donde se comercializa variedad de vegetales, productos de la canasta básica, ropa y mercadería variada. Los residuos de cosecha de los centros de acopio de cooperativas agrícolas son vendidos en el mercado local. Además, se encuentra una variedad de productos distribuidos en locales comerciales como panaderías, ventas de agroquímicos, abarroterías, panaderías, tiendas, tortillerías, ferreterías, librerías, farmacias entre otros; que se concentran en la calle principal de la cabecera municipal. Existen además agencias bancarias, cooperativas, asociaciones privadas de comercio e industria y ONG dedicadas a otorgar financiamientos (INE, 2014) a pequeños y medianos empresarios para incentivar la inversión.

### 4.3 Organización política

En el municipio se cuenta con la presencia institucional de algunos sectores, encargados de establecer localmente las políticas de Estado tendientes a la descentralización y al ejercicio participativo de gobiernos locales y a la comunidad. Existe un Concejo Municipal, electo popularmente cada cuatro años, al que corresponde ejercer el gobierno municipal. Cuenta con autonomía, fondos propios y transferencias del gobierno central. Está conformado por comisiones para velar por la integridad de su patrimonio, garantizar sus intereses con base en los valores, cultura y necesidades planteadas por los vecinos, conforme a la disponibilidad de recursos. Convoca a distintos sectores de la sociedad del municipio para formular e institucionalizar políticas públicas municipales y de los planes de desarrollo del municipio identificando, priorizando las necesidades comunitarias y propuestas de solución a los problemas locales.

La Dirección de planificación municipal es la encargada de coordinar y consolidar los planes, diagnósticos, programas y proyectos de desarrollo del municipio, responsable de producir la información precisa y de calidad requerida para la formulación y gestión de las políticas públicas municipales, elaborar los estudios de preinversión, de los proyectos para el desarrollo del municipio, a partir de las necesidades sentidas y priorizadas.

La organización comunitaria está conformada por 7 Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODES), uno por aldea. Tres cooperativas agrícolas (Cuatro Pinos, Santa Rosita, Gotex) que funcionan con centros de acopio, 25 comités de desarrollo conformados legalmente y 5 partidos políticos. Alrededor de 7 organizaciones no gubernamentales, entre ellas: Vida Ilimitada, Hábitat y Helps. También asociaciones como: Cuatro Pinos, Sol y Luna, Kalk'wal Tinamit que promueven diferentes actividades en coordinación con los establecimientos educativos, 4 cofradías que representan a la comunidad católica, la Asociación de Mujeres y el Comité de Barriletes. (SEGEPLAN/DPT, 2010)

#### **Instituciones**

Existe presencia institucional del Ministerio de Educación (MINEDUC), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Tribunal Supremo Electoral (TSE), Corte Suprema de

Justicia (CSJ), Registro Nacional de Personas (RENAP) y Policía Nacional Civil (PNC), a lo que se agregan juntas comunitarias de seguridad, especialmente en la periferia del área urbana de la cabecera municipal, Consejo Nacional para la Reducción de Desastres (CONRED), entre otras.

#### 4.4 Salud

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) tiene presencia en el municipio de Sumpango a través del Centro de Atención Permanente (CAP). Este se ubica en el centro urbano de la cabecera municipal en la zona 2. Este corresponde al segundo nivel de atención y al distrito 4 de Sacatepéquez a cargo del Médico Coordinador de Distrito. De acuerdo con el MSPAS, su “Visión” es: Un estilo de vida saludable para las personas, familias y comunidades con participación activa para contar con espacios saludables que favorezcan el desarrollo de la población, en un ambiente ecológicamente protegido; con acceso a servicios de calidad, oportuno, eficiente, equitativo e integral. Su “Misión” es: Ejercer la rectoría del sector salud con la participación social, para proveer servicios de atención integral a la población con equidad y calidad mediante el funcionamiento de redes integradas de salud en sus tres niveles, con el uso eficiente y transparente de los recursos, para garantizar el derecho a la salud.

Entre los antecedentes del CAP, este funcionó hasta el 2008 como un puesto de salud del primer nivel de atención de la red de servicios del MSPAS. A partir de ese año se constituyó como un centro de atención a pacientes ambulatorios (CENAPA) convirtiéndose desde entonces en un servicio de 2º nivel de atención. En el 2009 se recategorizó como CAP disponiéndose su infraestructura física y recursos para la atención de partos normales y consulta externa de acuerdo con la cartera de servicios de salud.

Brinda atención las 24 horas todos los días del año con servicios de: promoción, prevención, vigilancia, recuperación de la salud, enfoque de género y pertinencia cultural, por etapas de ciclo de vida, de acuerdo con lo establecido en las normas del primero y segundo nivel de atención del MSPAS. No se cobra por los servicios ni por los medicamentos. Se atienden emergencias en las que se estabilizan los casos y se refieren según corresponda, al nivel inmediato superior. Posee encamamiento obstétrico neonatal de corta estancia para la atención calificada del parto eutócico

simple y es responsable de monitorear el cumplimiento de la regulación, vigilancia, control sanitario en el territorio bajo su responsabilidad.

El equipo de salud está conformado por profesionales de diferentes disciplinas: 4 médicos, 2 enfermeras profesionales y 7 auxiliares, 1 técnico en salud rural, un inspector de saneamiento, 1 trabajadora social, 1 digitador y secretarias y personal de apoyo. El CAP se ha fortalecido en los últimos años con la contratación de profesionales de diferentes ramas: psicólogo, odontólogo, nutricionista y educadora en salud. La mayoría del personal técnico y profesional hablan español, aunque algunas enfermeras y personal de apoyo hablan el idioma local: kaqchikel. Cuenta con farmacia, servicio de laboratorio básico para exámenes de orina, heces, hematología, glucometría.

Desarrolla actividades extramuros dirigidas a las personas, familia y comunidad en la cabecera municipal y en aldeas del municipio. Cada aldea posee un centro de convergencia que cuenta con personal de enfermería (auxiliares), brinda atención de programas priorizados del Ministerio de Salud como: inmunizaciones, control prenatal, control de crecimiento y desarrollo. Estos cuentan con un limitado paquete de medicamentos y priorizan actividades de promoción, prevención y referencia de casos.

Se registran 16 comadronas adiestradas que reciben capacitación regular en el CAP. La atención del parto por personal médico calificado ha sido de poco más del 50 %. El CAP tiene la mayor cobertura de atención en el municipio de Sumpango, siendo esta gratuita. Un porcentaje de pacientes acude a clínicas privadas u opta por ambas alternativas, según su situación económica o preferencias particulares. Existe 1 centro de rehabilitación nutricional de ayuda social no lucrativo. Entre los servicios privados se encuentra 1 laboratorio clínico, 5 clínicas médicas privadas, 1 clínica naturista, 2 ópticas 1 centro privado de rehabilitación para alcohólicos y drogadictos, y un cuerpo de bomberos (SEGEPLAN/DPT, 2010).

Dentro del sistema de medicina tradicional existen comadronas, curanderos, sobadores, hueseros, guías espirituales, los cuales no se identifican en registros oficiales por lo que no se tienen datos de cuántos son ni del tipo específico de atención que estos brindan. Por referencia del personal del

CAP, estos proveedores tradicionales prestan sus servicios en locales particulares no identificados o en sus viviendas.

No existen establecimientos de salud del seguro social en el municipio, solo en la cabecera departamental en Antigua Guatemala en donde se brinda atención a afiliados en casos de enfermedad, maternidad y accidentes. No se tienen datos de afiliados del municipio de Sumpango, atendidos por el seguro social, aunque se estima que es una ínfima cantidad, solo se reporta un 6 % de la población del departamento de Sacatepéquez (con 330, 000 habitantes), al que pertenece Sumpango, que recibió atención en esa institución (INE, 2014). Eventualmente se realizan jornadas de salud por organizaciones no gubernamentales o grupos independientes sin coordinación con el CAP.

El hospital de referencia oficial está ubicado en la cabecera Departamental a 30 minutos aproximadamente de Sumpango, presta servicio de consulta externa y atención de emergencias, además de salas de pediatría, ginecoobstetricia, medicina interna y cirugía. Por facilidad de transporte y acceso, muchos pacientes acuden al hospital de la cabecera departamental de Chimaltenango (departamento vecino) a 20 minutos aproximadamente de Sumpango.

Los datos de morbilidad, mortalidad y consultas provienen de registros consolidados del CAP. No se encontraron reportes oficiales generados con base en esa información, por lo que los datos que se presentan fueron calculados con base en dichos registros y constituyen una estimación de los datos reales. Las primeras causas de morbilidad prioritaria (primeras consultas) en el CAP de Sumpango, en orden de frecuencia son: hipertensión arterial, diabetes, anemia, traumatismos y desnutrición. Según registros del CAP del 2017, se reportan 388 casos de diabetes, 338 mujeres (87 %) y 50 hombres (13 %) y 57 nuevos casos, estimándose una tasa de incidencia de 189,4 x 10,000 y una tasa de mortalidad de 39 por 10,000.

Según datos del Club de Diabetes del año 2020, están registradas 125 personas, 17 hombres y 108 mujeres quienes asisten a actividades mensuales de educación, control glucémico por glucometría, evaluación médica y entrega de medicamentos (hipoglucemiantes orales y otros medicamentos indicados por el médico con base en el paquete básico de medicamentos). La asistencia a las

actividades educativas mensuales del Club de Diabetes varía dependiendo del interés o la posibilidad de los pacientes, algunos solo acuden a control médico, glucometría y entrega de medicamentos prescritos. Durante la pandemia las actividades de educación en el Club fueron temporalmente suspendidas a partir de marzo 2020 y reanudaron en 2021, aunque la asistencia se redujo.

Las acciones para la atención de pacientes con diabetes que realiza el CAP se basan en las normas de atención integral para el primero y segundo nivel de la red de servicios del MSPAS y en las guías para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles del MSPAS, establecidas por el Programas Nacional de Enfermedades Crónicas. El CAP programa consultas mensuales a los pacientes con diabetes, en fechas establecidas con anticipación en las que se prioriza la atención de estos pacientes. A quienes no pueden asistir en esa fecha, o han sido recién diagnosticados, se les brinda atención cualquier día del mes.

Por haber incrementado la cantidad de pacientes con este diagnóstico en los últimos dos años y por el espacio físico y capacidad de atención limitados para atender a la totalidad de ellos en un solo día, se distribuyen en dos días de atención al final de cada mes según una programación anual. Se realiza glucometría pre y postprandial y si se requieren otros exámenes de laboratorio (glucemia plasmática, hemoglobina glucosilada, química sanguínea, perfil de lípidos u otros), se solicita al paciente realizarlos en un laboratorio privado (existe un solo laboratorio en la cabecera municipal). En estos casos, los pacientes pagan directamente al laboratorio privado por los exámenes y los presentan al médico del CAP.

Con base en los resultados, se indica el tratamiento respectivo y si supera la capacidad resolutive, se refieren al hospital departamental de la Antigua para su manejo con insulina o para el estudio/tratamiento de complicaciones de diabetes. En la consulta mensual en el CAP se realiza anamnesis, medición de peso y signos vitales, examen físico en el que se dan indicaciones generales sobre dieta y actividad física; y se prescriben medicamentos hipoglucemiantes (metformina y glibenclamida) entregados en forma gratuita por la farmacia del CAP. Se enfatiza en el cumplimiento del tratamiento en el horario y dosis indicadas.

En las consultas mensuales programadas para los pacientes con diabetes, se llevan a cabo las sesiones educativas del Club de Diabetes. Este Club se implementó en el año 2010 con el propósito de promover la participación activa de las personas con DMT2 en el cuidado y autocontrol para mejorar su calidad de vida. Para ello se conformó un equipo multidisciplinario que da apoyo de forma periódica. Está integrado por personal del CAP: 1 trabajadora social, 1 enfermera, 1 médico, 1 psicólogo, 1 nutricionista, 1 educadora en salud. Este equipo coordina las actividades de club.

El club tiene como objetivos:

- Brindar capacitación y orientación a los pacientes para que puedan adquirir conocimientos básicos sobre el manejo de la diabetes.
- Desarrollar habilidades y destrezas para el control de la diabetes.
- Promover el intercambio de experiencias entre los integrantes del club y el apoyo emocional.

El Club pretende dar una mejor calidad de vida al paciente con diabetes mellitus, ayudarle a él y a su familia para que puedan conocer, aceptar y apoyarlo en el manejo de esta patología. Involucrar coordinaciones inter y extra sectoriales para garantizar la permanencia y la motivación de este club.

En los primeros cinco años de existencia del club, acudían muy pocos pacientes con diabetes, sin embargo, en años posteriores ha ido aumentando la participación, registrándose actualmente alrededor de 125 pacientes. Se realiza una programación anual de reuniones en la que participa el equipo conformado para dar apoyo al Club (médicos, enfermeras, nutricionista, psicólogo, trabajadora social, educadora en salud) algunas veces profesionales invitados quienes imparten charlas informativas con apoyo de material audiovisual y eventualmente reuniones interactivas con mayor participación de los pacientes. Durante las reuniones se brinda a los pacientes capacitación y orientación, en idioma español, sobre la diabetes, factores de riesgo, especialmente en temas de promoción de estilos de vida saludable, dieta, cuidado de los pies, ejercicio, tratamiento, autoestima.

Debido a las medidas de contención de la pandemia COVID 19, las actividades educativas del Club de Diabetes se suspendieron desde marzo 2020. A inicios del 2021, estas se reanudaron

cumpliendo medidas y protocolos establecidos por el CAP para la prevención del COVID, sin embargo, la asistencia de pacientes se redujo en relación a la afluencia antes de la pandemia. Cabe mencionar que se continuó brindando atención médica, examen de glucometría, control médico a pacientes que consultaron en ese período, así como distribución de hipoglucemiantes orales y otros medicamentos prescritos según el paquete básico de medicamentos. La atención de pacientes continúa actualmente en forma regular y se programan además 2 días del mes para la atención de personas con diabetes, en las que se realizan las actividades educativas del Club.

#### 4.5 Educación

La cobertura educativa pública en el municipio de Sumpango es alta en los niveles preprimaria y primario. Se reduce en el nivel básico y baja en el nivel diversificado. El municipio cuenta con 25 establecimientos educativos estatales y privados. De estos, 11 atienden a la población en el nivel de preprimaria, 20 niveles preprimaria, primario y básico. Únicamente 5 ofrecen servicios educativos del nivel diversificado y un instituto Técnico (Técnico Sumpango). La mayoría de estos se encuentran en el área urbana. Una escuela ofrece la educación bilingüe en lengua materna kaqchikel y español, las otras imparten cursos en español. Cada una de las aldeas del municipio posee escuela con cobertura en el nivel preprimaria, primaria y algunos, nivel básico (SEGEPLAN/DPT, 2010).

La tasa de analfabetismo en el municipio de Sumpango es del 25 % (IARNA, 2017) predominando en mujeres. Representa uno de los más altos del departamento de Sacatepéquez, y supera el promedio nacional de 12,3 % en mayores de 15 años (Comité Nacional de Alfabetización [CONALFA], 2019).

#### 4.6 Religión, Costumbres y tradiciones y otros

En el municipio predomina la religión católica, aunque un porcentaje importante profesa la religión evangélica. Existe un solo templo católico y varias iglesias evangélicas. Una de las tradiciones antiguas de Sumpango es la festividad del Día de los Santos, el primero de noviembre de cada año. En esa fecha se conmemora a los difuntos y existe la creencia que es el día en que los deudos

establecen comunicación con sus familiares fallecidos. Durante la festividad se organiza un espectáculo de fama internacional, para el que se fabrican barriletes de grandes dimensiones con diseños artísticos que reflejan la cultura local. Durante la festividad, estos se elevan con el viento característico de la época.

La fiesta titular de Sumpango se conmemora el 28 de agosto en honor a San Agustín, con actos religiosos, culturales, sociales, deportivos y folklóricos, como el baile de Moros, Torito y Convite, que atrae turistas de todo el mundo. Sumpango posee lugares sagrados según la cultura ancestral, como: Camotales, el Chinchulín, que es un centro astronómico y el Dragón un sitio arqueológico. En el Centro Urbano del municipio de Sumpango se ubica un mercado con múltiples puestos de venta, donde se distribuye principalmente: verdura, fruta, carnes y artículos para el hogar. En los alrededores se instalan también ventas de artículos varios como: prendas típicas, ropa, comida preparada, golosinas entre otros productos. En los días de mercado hay mayor surtido de productos, especialmente verduras, muchas de ellas producidas por agricultores locales.

A los lados de la calle principal (calle Real) se ubican locales comerciales de abarrotes, pan, ropa, calzado, artículos para el hogar, agroquímicos, comida rápida como papas fritas, tacos, pollo frito, “hot dogs”. En ventas callejeras se distribuyen, frutas, comida chatarra y ropa o accesorios típicos, que son también un atractivo turístico local. En las diferentes zonas de la cabecera municipal, se encuentra gran cantidad de tiendas que distribuyen golosinas dulces y saladas, bebidas envasadas, enlatados, galleta. También hay librerías, farmacias, ventas de tortilla y de cerveza.

En los alrededores del mercado se estacionan mototaxis, microbuses y buses de transporte colectivo. Los primeros han proliferado en los últimos años y tienen alta demanda por la población para moverse internamente en la cabecera municipal, lo que ha contribuido a la tendencia al menor desplazamiento peatonal y al sedentarismo. Los buses en contraste son bastante utilizados, para el traslado hacia pueblos aledaños, a la cabecera departamental o a la ciudad capital para vender productos agrícolas producidos localmente.

La comida típica es el “pepián” acompañado de verduras como ejote y güisquil, combinado con arroz y acompañado por tortillas elaboradas con maíz negro.

El traje típico de las mujeres consiste en una pieza superior llamada “güipil” de color blanco que simboliza la pureza de identidad y el color de los huesos, punto débil donde entran con más frecuencia las enfermedades, según creencias locales. El güipil ceremonial es de color rojo con rayas cafés. El significado del color rojo representa la salida del sol que simboliza la vida y el tiempo en que vivimos circularmente. La pieza inferior se llama “corte”, se usa en forma de cono y llega hasta el tobillo. Es de color oscuro y representa la oscuridad antes de un nuevo día (SEGEPLAN/DPT, 2010).

## 5. Contextualización del problema

Se describe a continuación la situación epidemiológica de la diabetes de acuerdo con estadísticas a nivel mundial, regional y nacional, en el que se aportan aspectos relevantes de la diabetes en población indígena. Se presenta el marco político y nacional e internacional en relación con las enfermedades crónicas entre las que se incluye la diabetes y se expone su situación en el marco de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) y del Plan Nacional de Desarrollo Katún 2032.

### 5.1 Perfil epidemiológico de la diabetes

La diabetes mellitus es una enfermedad que presenta una alta prevalencia y una tendencia al incremento. Provoca un gran impacto sociosanitario el cual se refleja también en las tasas de mortalidad y complicaciones asociadas. Se considera como una de las enfermedades con mayor contribución a la carga mundial de enfermedad lo cual se refleja en los años de vida perdidos por discapacidad, así como en el un profundo impacto en la calidad de vida de las poblaciones.

Los datos epidemiológicos aportan información sobre la distribución y la morbimortalidad de esta enfermedad, la cual presenta diferencias según variables de sexo, edad, características sociodemográficas, culturales, económicas, relacionadas con el sistema de salud, entre otras. Estas diferencias permiten reconocer que no existen intervenciones universales o estandarizadas para contener el impacto social de la diabetes en todas las poblaciones. Además las estadísticas y estimaciones aportan datos que complementa información generada por estudios de tipo cualitativo

para conocer y analizar la situación de la DMT2. Para tener una aproximación general sobre el panorama de esta enfermedad, se procura resumir en esta sección, las estadísticas a nivel mundial, regional y local.

### **5.1.1 Estadísticas a nivel mundial**

Datos recientes de la Federación Internacional Diabetes (IDF por sus siglas en inglés) reportan 536 millones de personas con diabetes a nivel mundial y se espera que para el 2045 esta cifra se incremente a 783 millones. Se estima que una de cada 10 persona puede desarrollar diabetes durante su vida. La tendencia al incremento se ha relacionado con el aumento en la expectativa de vida, la urbanización y estilos de vida que se caracterizan por un alto consumo de productos industrializados con alto contenido de carbohidratos y grasas, baja actividad física y obesidad. Los informes internacionales coinciden en que esta enfermedad es más frecuente en países con ingreso bajo o medio, donde habita alrededor de un 80 % de personas con diabetes (IDF, 2021; WHO, 2016). Esto la posiciona como un problema relevante de salud pública a nivel mundial, regional y local.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia global de diabetes en mayores de 18 años aumentó de 4,7 % en 1980 a 8,5% en 2014 (WHO, 2016) y en el 2021 la IDF estimaba un 10,5% de la población mundial de 20 a 79 años con diabetes. La prevalencia aumenta con la edad, estimándose que 1 de cada 4 personas en ese rango de edad tiene diabetes y 1 de cada 2 viven con diabetes, pero aún no están diagnosticados. El incremento ha sido más rápido en los países de ingresos medianos y bajos (IDF, 2021).

### **5.1.2 Estadísticas a nivel regional**

En la región de Latinoamérica, la diabetes es responsable del 12,3 % de las muertes en adultos, 58 % de estas ocurren en menores de 60 años. En la mayor parte de los países de la región, la diabetes ocupa los primeros lugares de mortalidad, es la causa más frecuente de insuficiencia renal, ceguera y amputaciones no debidas a traumas e incapacidad prematura; y se encuentra entre las diez primeras causas de hospitalización y solicitud de atención médica (ALAD, 2019).

Según estimaciones de la IDF para el 2021, la prevalencia de diabetes en adultos de 20 a 79 años en la región de Centro y Sudamérica es de 9,5 %, similar a la prevalencia global estimada en 10,5 %, lo que indica que cerca de una de cada diez personas padece de esta enfermedad, y para el año 2045 habrá 49 millones de casos en esta región. A esto se agrega que aproximadamente una de cada dos personas con diabetes no ha sido diagnosticadas, especialmente en países de bajos y medianos ingresos, entre los que se encuentra Guatemala (IDF, 2021).

En un área geográfica más delimitada, se realizó a inicios del presente siglo un estudio de prevalencia de diabetes en Centroamérica (Barcelo et al., 2012) del 2003 al 2006, el cual mostró una prevalencia global de 8,5 %, lo cual fue señalado como un hallazgo preocupante por los autores, debido al alto porcentaje de participantes adultos jóvenes (60 %). A esto se agrega la proporción de población que presentaban intolerancia a la glucosa en ayunas, la cual fue del 18,6 %. Estos hallazgos se complementan con los resultados de uno de los principales factores de riesgo de DMT2 que indican que la mayor prevalencia de obesidad en el mundo correspondió a la Región de las Américas, donde el sobrepeso u obesidad alcanzó el 60 % aproximadamente en mayores de 18 años en el año 2014 (WHO, 2016).

### **5.1.3. Estadísticas a nivel nacional**

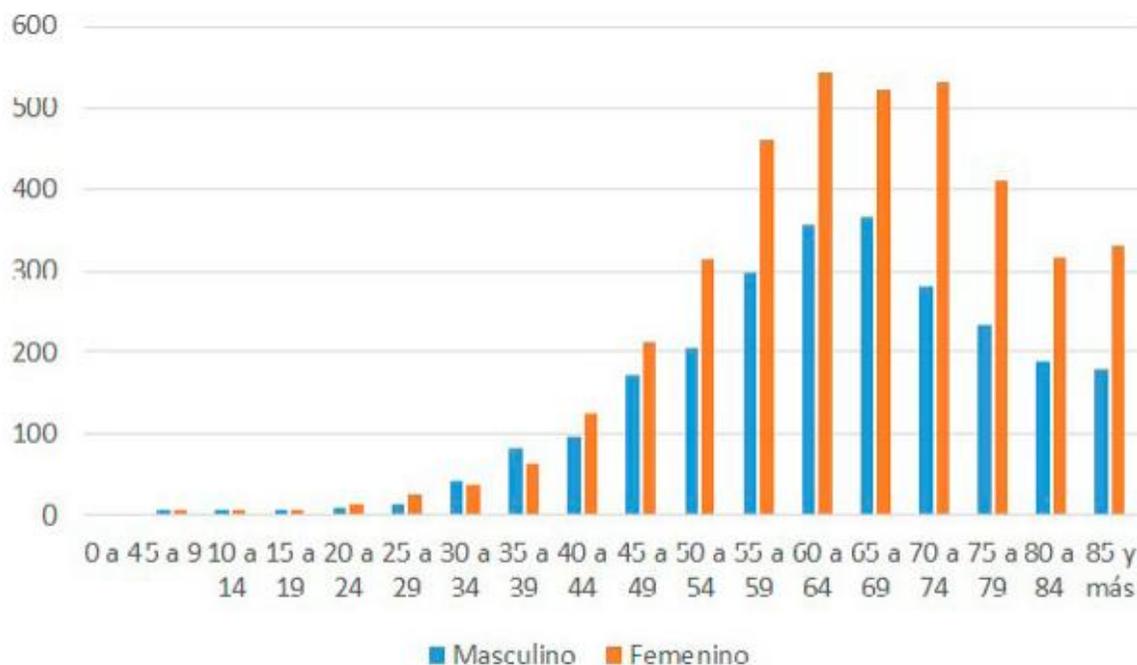
La magnitud del problema se refleja al ubicarse Guatemala entre los países de la región de Centro y Sudamérica con mayor prevalencia de diabetes en personas de 20 a 79 años (IDF, 2021) donde el número creciente de casos y la complejidad del tratamiento de la diabetes ha determinado una mayor mortalidad e incapacidad resultantes de la enfermedad. Esto se refleja en el perfil epidemiológico de Guatemala donde la diabetes ocupa una de las primeras cinco causas de mortalidad nacional. Según datos del Departamento de Epidemiología del MSPAS, la prevalencia registrada en los servicios de salud con base en el formulario SIGSA 3 se incrementó de 347 a 780 casos por 100 000 habitantes del año 2008 al 2019 con predominio femenino (Sam, 2020).

Respecto a la tasa de mortalidad, en el año 2018 esta se reportó en 43 por 100 mil habitantes, lo que representa 6,445 muertes por diabetes con un predominio femenino (61 %) en relación con el sexo masculino (39 %) reportándose la mayoría a partir de los 40 años (figura 4). De las muertes registradas, solo una minoría (16 %) ocurrieron en hospitales públicos, mientras siete de cada diez

muerter ocurrieron en los hogares sin recibir atención o esta fue empírica (Cerón & Goldstein, 2021) lo que habla del acceso limitado a los servicios de salud para diagnóstico y tratamiento de la diabetes. Al respecto cabe resaltar que, en Guatemala, dos tercios del gasto en salud provienen del bolsillo de las familias, lo cual es preocupante al considerar que dos tercios de la población guatemalteca vive en situación de pobreza y sufre carencias que vulneran su bienestar.

Esto incide en la información sobre la frecuencia y distribución de la enfermedad y sólo permite conocer parcialmente la situación de la DMT2 en el país. Es a partir de esos datos oficiales disponibles, que se reporta a Sacatepéquez (al que pertenece el municipio de Sumpango), como uno de los 2 departamentos del país con mayor tasa de mortalidad con 62 por 100 mil habitantes después del departamento de Guatemala con 66 por 100 mil habitantes (Cerón & Goldstein, 2021).

Figura 3  
*Muerter por diabetes en Guatemala, por sexo y grupo etario, 2018*



Fuente: Mortalidad por diabetes en Guatemala 2018: Patrones e inequidades. Elaborado con datos de INE 2019, 2020

Algunos datos que permiten conocer la distribución de la diabetes en el país en 2018 son: la distribución de fallecidos por nivel educativo, en el grupo sin ningún nivel de educación del 47 %, 37 % primaria, 7 % diversificado, 4 % básico, 2 % universitario y en 3 % no se registró.

## 5.2 Diabetes en población indígena

A nivel internacional, la población indígena de países desarrollados y en desarrollo, ha mostrado un rápido incremento en la diabetes, superando los valores de poblaciones no indígenas (Yu & Zinman, 2007). Estos hallazgos toman relevancia en Guatemala, uno de los países con mayor población indígena en la región (41 %), caracterizada en general por un bajo nivel socioeconómico y menor acceso a servicios de salud. Específicamente en relación con la diabetes, esto se ha evidenciado en el menor apoyo social para el manejo de la dieta y cambios en el estilo de vida, lo cual representa barreras que agravan la llamada epidemia de diabetes (Chary et al., 2012; Gibson & Segal, 2015). Además, se ha observado un incremento en la prevalencia de diabetes coincidente con la modificación rápida en los estilos de vida, mayormente en el área urbana y en comunidades en proceso de urbanización (Aguilar, 2015) donde habita un alto porcentaje de poblaciones indígenas.

Esta situación podría haberse intensificado debido a la susceptibilidad genética para desarrollar la diabetes. Aunque no se han realizado estudios sobre el tema en Guatemala (Bream et al., 2018), se investigó el componente hereditario de la diabetes en población maya de México en la que se identificaron varios polimorfismos genéticos asociados a esta enfermedad (Lara-Riegos et al., 2015). Tomando en cuenta lo anterior, los datos epidemiológicos de diabetes derivados principalmente de población mestiza urbana no reflejan la situación de la diabetes en indígenas.

Aunque son escasos los estudios que aportan información en ese grupo, se reportó una prevalencia del 3,8 % en población indígena rural de Atitlán, en el altiplano occidental de Guatemala, con base en la determinación de hemoglobina glucosilada - HbA1c (Bream et al., 2018). Utilizando este mismo indicador se encontró una media elevada de 9,9 % en personas con diabetes en la línea basal del estudio *“A Home-Based Type 2 Diabetes Self-Management Intervention in Rural*

*Guatemala*” y solo en 11 % el valor fue menor de 8 %. Cabe mencionar que, en esa población, más del 70 % de personas tenían sobrepeso (Flood, Hawkins, & Rohloff, 2019).

Otros estudios publicados muestran resultados de factores de riesgo de diabetes en algunas poblaciones indígenas de Guatemala. En Atitlán, municipio al occidente del país, se reportó 37 % de sobrepeso y 25 % obesidad (Chen et al., 2017). En cinco comunidades indígenas rurales se reportó que el 89 % de pacientes diabéticos presentaba un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 25 (Chary et al., 2012), con valores que corresponden a sobrepeso u obesidad.

Es importante considerar que los pacientes y sus familias enfrentan situaciones adversas en su vida cotidiana a las que subyacen con frecuencia procesos estructurales que superan sus posibilidades de control y afrontamiento, como: la pobreza, la discriminación, la anomia y múltiples efectos de la inequidad que obedecen a procesos histórico-políticos que, a través de los siglos, han vulnerado a comunidades indígenas y entre sus múltiples consecuencias, favorecen el desarrollo de enfermedades como la diabetes.

### 5.3 La diabetes en el marco de los ODS y el Plan Nacional de Desarrollo

El Plan Nacional de Desarrollo K’atun, Nuestra Guatemala 2032 (SEGEPLAN, 2014) constituye la política nacional de desarrollo que articula políticas, planes, programas, proyectos e inversiones para el desarrollo global, desde un enfoque multisectorial. El Plan nacional de desarrollo fue aprobado en el 2014 y armonizado con los ODS. Se conforma por cinco ejes. Las políticas relacionadas con la diabetes corresponden al segundo eje prioritario: “Bienestar para la gente” y al tercer objetivo: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”.

Para llevar a cabo las acciones vinculadas a la Política Nacional de Desarrollo a partir del eje “Bienestar para la gente” se plantea la prioridad de: “Institucionalizar e internalizar el derecho a la protección social” y los lineamientos: “Provisión efectiva, sistemática y suficiente de servicios integrales de salud para la población que padece enfermedades crónico degenerativas” y “Diseñar y ejecutar programas dirigidos a los y las adultos mayores, así como a población con enfermedades crónico degenerativas y con discapacidad”.

Se plantea también la prioridad de “Impulsar la transformación del modelo de atención en salud para reducir la morbilidad y mortalidad de la población en general”, con la meta de “Reducir la carga de las principales enfermedades infecciosas, parasitarias y las crónico-degenerativas” y el lineamiento “Reducción de la carga de las principales enfermedades no transmisibles: cardiovasculares, respiratorias crónicas y diabetes. Dentro de la misma prioridad, se plantea la meta de “Garantizar la provisión y atención en los servicios de salud al 100 % de la población que enferma”.

En las políticas vigentes, las enfermedades crónicas (entre ellas la diabetes), se abordan a través de los lineamientos estratégicos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), dentro del modelo básico de salud que se fundamenta en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico y la rehabilitación.

En concordancia con los lineamientos, el Programa Nacional de Enfermedades Crónicas del Ministerio de Salud, implementa a partir del 2016, el Modelo de Atención de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) (MSPAS, 2016) en la red de servicios del primero y segundo nivel de atención. Este se apoya en las “Guías para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de las ECNT” del Ministerio, introducidas en el año 2011. Con ello se pretende fomentar la interacción productiva entre los pacientes informados que toman parte activa en su cuidado y proveedores de recursos y conocimientos capacitados y motivados. Para ello, se contemplaron talleres de capacitación en atención de diabetes y otras enfermedades crónicas, así como en estilos de vida saludables, dirigidas al personal médico de los centros de salud.

En 2017, se incluye en el Modelo, la Guía para la prevención y atención del sobrepeso y obesidad en adultos, para el primero y segundo nivel de atención para enfrentar los altos índices de estos factores de riesgo de diabetes (52 % en mujeres) (MSPAS/INE/SEGEPLAN, 2017).

El modelo de atención provee un instrumento de evaluación (ACI) que debe responder el personal de los servicios del Ministerio de Salud. Evalúa aspectos clave en el cuidado de diabetes e hipertensión (en base al modelo de atención) asignando un valor cuantitativo que se corresponde con categorías cualitativas. Alternativamente, estos podrían reflejarse indirectamente en

indicadores o datos cuantitativos, lo que dificulta valorar los resultados de políticas, programas y especialmente el impacto en los pacientes.

El Modelo de atención de ECNT se elabora e implementa en una etapa en la que el MSPAS (2018) introduce un Modelo de Atención y Gestión para áreas y distritos de salud. Este Modelo (en implementación actualmente) contiene directrices para fortalecer y desarrollar los procesos estratégicos, sustantivos y de apoyo con enfoque de red integrada de servicios de salud, fortaleciendo la función que deben desempeñar las direcciones de áreas y los distritos municipales de salud, a quienes les corresponde la rectoría y prestación de servicios públicos en su área designada. Según sus expectativas, contribuirá a reducir la segmentación y fragmentación del sistema de salud y dar respuesta a las necesidades de la población; así como fomentar la participación social e intersectorial para la gestión de un sistema de salud público efectivo, promoviendo resultados favorables e incidiendo en los determinantes sociales de la salud.

Entre las acciones de prevención, se aprobó en el Acuerdo Gubernativo 183-2018, (Acuerdo Gubernativo de la Ley de Alimentación Escolar, 2018) en cuyo reglamento se incluyen, entre otros, los siguientes artículos:

- Fortalecer los conocimientos de los escolares sobre la disponibilidad, acceso, consumo y utilización de alimentos saludables y nutritivos a través del Currículo Nacional Base vigente impartiendo educación alimentaria y nutricional en los niveles de preprimaria y primaria de la red de establecimientos del Ministerio de Educación (MINEDUC). Este incluirá contenidos pedagógicos sobre alimentación y nutrición como las Guías alimentarias para la población guatemalteca elaboradas y aprobadas por el MSPAS. A pesar de su aprobación, no se ha implementado en forma generalizada y no se cuenta con información o evaluaciones en el proceso de implementación, al igual que en el siguiente inciso.
- Educación alimentaria y nutricional enfocada a los padres de familia coordinado por el MINEDUC y el MSPAS.
- Establecer los procesos de capacitación permanente dirigida a las Organizaciones de Padres de Familia -OPF- de centros educativos públicos en temas de administración, salud, alimentación y nutrición.

- Crear estrategias de promoción de alimentos saludables para las áreas de expendio y consumo, tales como tiendas, kioscos, cafeterías, comedores u otros.
- Realización de eventos en los que los estudiantes y sus familias puedan interesarse por la alimentación saludable y puedan reforzar los hábitos alimentarios sanos.
- Capacitación a los docentes, escolares y padres de familia en la forma de ampliar y mejorar la alimentación y producción agrícola.

A la fecha, se encuentra pendiente de aprobación por el Congreso de la República, la propuesta de ley para etiquetado, enfrente del envase, para la identificación rápida y sencilla de los alimentos saludables y no saludables.

Guatemala se incluye entre los 13 países miembros de la OMS que cuentan con un plan para integrar la medicina tradicional y complementaria (T & CM por sus siglas en inglés) a su sistema nacional de salud. Este responde al objetivo enunciado en la Estrategia de Medicina Tradicional 2014-2023 (WHO, 2013) a través del cual se promueve la cobertura universal de salud al incluir la T&CM en la provisión de servicios esenciales. Aunque se considera como un recurso valioso, generalmente se ha subestimado. Sin embargo, contribuye a la atención primaria de salud sostenible y culturalmente sensible, aplicable especialmente a la prevención y manejo de enfermedades crónicas.

Según el diagnóstico de avance de los ODS, en los primeros 5 años del Plan Nacional de Desarrollo en Guatemala (2019); en el Objetivo 3 “Salud y Bienestar” que se vincula con la meta estratégica nacional de “Acceso a Servicios de Salud” y la meta de reducir la carga de enfermedades crónico-degenerativas (entre otras), los resultados indican que: la tasa de mortalidad por diabetes (y otras enfermedades crónicas) mostró un estancamiento, sin avances al cumplimiento de las metas establecidas. Esto se debe al predominio en la atención curativa respecto a la Atención Primaria en Salud (APS) por el MSPAS, lo que implica la falta de impacto en las causas que provocan el aumento de estas enfermedades. Esto tiene implicaciones mayores en el contexto de la pandemia del virus SARS-Cov2, ya que aumenta la vulnerabilidad en la población afectada por diabetes y otras enfermedades crónicas (Consejo Económico y Social de Guatemala [CES], 2020).

Como problema de fondo se identifica la fragmentación y una rectoría debilitada del MSPAS con escasa inversión en salud, falta de personal médico y paramédico capacitado, y descuido de estrategias de prevención y del nivel primario.

#### 5.4 Marco político normativo nacional e internacional

En lo que respecta a las enfermedades crónicas, y la diabetes como parte de ellas, este marco se establece en la Constitución Política de la República como ley fundamental que define los poderes e instituciones del Estado y el régimen básico de los derechos y libertades de la ciudadanía, entre ellos el derecho a la vida, a la salud, seguridad y asistencia social. Se basa así mismo en el código de salud que establece disposiciones sobre acciones de promoción de salud, prevención, atención, recuperación, rehabilitación y vigilancia de enfermedades.

Para cumplir con estas disposiciones, orientar y coordinar la cooperación técnica y financiera en el tema de las enfermedades crónicas, y velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales se creó el Programa Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles mediante el acuerdo ministerial SP-M-2263-2003 y posteriormente el SP-850-2010 luego de ser derogado el primer acuerdo. El Programa se creó con el objeto de atender la prevención de los factores de riesgo de las principales enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) entre las que se incluye: la diabetes, desarrollar la normativa, actualización, elaboración, evaluación y monitoreo del tratamiento y control de estas enfermedades.

Como apoyo técnico científico al Programa se creó la Comisión Nacional para la Atención Integral de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles por el acuerdo ministerial SP-40-2014, conformada por universidades, instituciones públicas y privadas, nacionales e internacionales, bajo la coordinación del Programa. Estas entidades han desarrollado múltiples acciones técnico-normativas para el abordaje de las enfermedades crónicas y diabetes en Guatemala, las cuales se han adherido a iniciativas regionales/internacionales para su prevención y control.

Entre estas se pueden mencionar:

- La Declaración de las Américas sobre la Diabetes – DOTA 1996 - plasmada en un documento que define un Plan de acción para aunar esfuerzos en la lucha contra la diabetes a través de la colaboración directa con los países de la región, la alianza DOTA (OPS, Federación Internacional de Diabetes e industria farmacéutica) y otras organizaciones e instituciones de las Américas (Comité de Educación - DOTA, 2001).

- Estrategia Regional de la OPS y plan de acción para abordar las ENT en las Américas, avalada en 2006 por los ministros de salud de los países miembros, cuyo objetivo es prevenir y reducir la carga de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo relacionados, siguiendo cuatro líneas de acción: política y abogacía, vigilancia, promoción/prevención y manejo integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo. En esta iniciativa se incorporan los temas de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, que hace énfasis en dos de los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas (OPS, 2007).

- Estrategia sobre las enfermedades no transmisibles (ENT) para la Región de las Américas 2011, impulsada por la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las ENT, la cual da continuidad a los cinco años de aplicación de la Estrategia Regional y Plan de acción 2006.

- Estrategia regional 2012-2025 para la prevención y el control de las ENT. Al igual que la anterior, esta estrategia da continuidad a las anteriores y pone un mayor énfasis en la necesidad de incluir las ENT en la agenda económica y de desarrollo de los Estados miembros y de la comunidad internacional. Impulsa un enfoque multisectorial que incluye: gobierno, sector privado, sector académico y sociedad civil a nivel regional, subregional y nacional. Está alineado con el marco mundial de vigilancia y el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 de la OMS (OPS, 2012).

- Declaratoria “Unidos para detener la epidemia de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Centro América y República Dominicana”, del Consejo de ministros de salud de Centroamérica y República Dominicana – COMISCA (Antigua Guatemala, 2011).

- Tercera reunión de alto nivel sobre la prevención y el control de las ENT de la Asamblea General de las Naciones Unidas 2018 (seguimiento de la 1ª y 2ª Reunión de alto nivel sobre este tema) en la que se evaluaron los progresos mundiales y nacionales y medidas respectivas para combatir las ENT, en la que los jefes de Estado y de Gobierno (incluyendo Guatemala) se comprometieron a adoptar las medidas propuestas (OMS, 2021).

Tomando en cuenta la temática y la población de estudio de la presente investigación, es importante mencionar dentro del Marco Político Normativo, algunas iniciativas internacionales y nacionales que abordan la etnicidad, el enfoque intercultural, la medicina tradicional en los pueblos indígenas y sus vinculaciones con la salud, dado que Guatemala, como signataria, sostiene compromisos para su cumplimiento. Se mencionan a continuación algunos de ellos:

- En el marco de los acuerdos de Paz, tras la firma de la paz firme y duradera en 1996 que puso fin a 36 años de conflicto armado interno, estos acuerdos introducen las bases que contribuyen a fortalecer el proceso de conciliación nacional y la democratización en el país, el reconocimiento de la identidad y derechos de los pueblos indígenas como base para la construcción de una nación multiétnica, pluricultural y multilingüe.

Se enuncia en el Acuerdo sobre “Aspectos Socioeconómicos y Agrarios” en referencia al “Desarrollo Social” y dentro de los lineamientos para la reforma del sector Salud: Valorar la importancia de la medicina indígena y tradicional, promover su estudio y rescate de sus concepciones, métodos y prácticas (Secretaría de la Paz, 2006).

- El Convenio No 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales, adoptado en junio de 1989. Desde sus postulados básicos expresa el derecho de los pueblos indígenas a mantener y fortalecer sus culturas, formas de vida e instituciones propias, y su derecho a participar de manera efectiva en las decisiones que les afectan. Respecto a la Seguridad Social y Salud (Parte V, Artículo 24) se refiere a que los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales. El convenio

fue ratificado por Guatemala en noviembre de 2014 con lo que se compromete a adecuar la legislación nacional y a desarrollar las acciones pertinentes de acuerdo con las disposiciones contenidas en el Convenio (OIT, 1989).

- El Acuerdo Ministerial 1632-2009 (2018), el cual sustenta la creación de la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad en Guatemala cuyo objetivo general es contribuir en la creación de condiciones políticas y estratégicas para el desarrollo de la salud de los pueblos indígenas, principalmente para el reconocimiento, valoración, rescate, fortalecimiento, promoción de las prácticas de salud indígena y facilitar estudios e investigación de los sistemas de salud desde un abordaje en los niveles político, organizativo, administrativo, técnico y operativo.

El Reglamento Interno de esta Unidad tiene como líneas de acción específicas:

- a. El modelo de atención en salud desde la Cosmovisión de los Pueblos Indígenas
- b. El desarrollo e implementación de normativas e investigación
- c. La implementación del Modelo de Salud Indígena
- d. El establecimiento de la organización política de Salud de Pueblos Indígenas en Guatemala
- e. El desarrollo del personal institucional
- f. La supervisión, monitoreo y evaluación

- La Política sobre etnicidad y salud (OPS, 2017) adoptada por Guatemala como estado miembro en la 29 Conferencia Sanitaria Panamericana y 69 Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. En esta política se reconocen las diferencias entre grupos étnicos, sus conocimientos ancestrales en medicina tradicional y complementaria; y la necesidad de un enfoque de salud intercultural desde la perspectiva de igualdad y respeto mutuo que contribuya a mejorar los resultados en salud. Para ello, se requiere que los marcos normativos, recursos, instrumentos y procedimientos en el ámbito nacional tomen en cuenta las cosmovisiones de los pueblos originarios y otros grupos étnicos.

Los Estados Miembros, entre ellos Guatemala, han adoptado instrumentos internacionales como la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas para proteger

los derechos de estos pueblos, en los que se consagra, entre otros, el derecho al acceso a la medicina tradicional y a mantener sus prácticas de salud. Además, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial establece el compromiso de eliminar la discriminación racial en todas sus formas y de garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color u origen nacional o étnico, particularmente en cuanto al goce del derecho a la salud y la asistencia médica, entre otros.

- La Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 (WHO, 2013) la cual deriva de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre medicina tradicional (WHA62.13). Tiene como objetivos apoyar a los Estados Miembros para que aprovechen la contribución potencial de la medicina tradicional y complementaria a la salud, el bienestar y la atención de salud. Promueven su uso seguro y eficaz mediante la regulación, la investigación y la incorporación de productos, profesionales y prácticas en los sistemas de salud.

## Capítulo III

### Marco Metodológico

## Capítulo III. Marco Metodológico

### 1. Perspectiva teórica

Esta investigación hace uso de la teoría de las RS desarrollada por Serge Moscovici a mediados del siglo XX en su estudio sobre la representación social del psicoanálisis en la sociedad francesa. En este caso se analizan las RS de la DMT2 como fenómeno que perciben y experimentan los pacientes diabéticos, profundizando en el análisis de los significados sobre el objeto de estudio, a través de sus discursos.

### 2. Enfoque y tipo de estudio

Se procedió a realizar un estudio cualitativo fenomenológico.

### 3. Muestreo y selección

En este estudio, la muestra se obtuvo de manera no probabilística y fue determinada por la saturación discursiva. Consistió en 12 pacientes adultos de ambos sexos de la comunidad maya kaqchikel que consultan al CAP del MSPAS en el municipio de Sumpango, quienes cursaban con DMT2 no mayor a 10 años de su diagnóstico sin complicación alguna y accedieron a participar previo consentimiento informado.

Se aplicó muestreo por conveniencia. La selección de participantes se basó en la proximidad y familiaridad con los potenciales informantes para asegurar el intercambio comunicacional deseado. Esto se logró mediante un acercamiento microetnográfico en el que la investigadora tuvo contacto con los pacientes (potenciales informantes) a través de los canales naturales de comunicación en el Centro de Atención Permanente (CAP), en la sala de espera de las clínicas a donde ellos acuden regularmente para su control, en la sala de reunión del Club de Diabetes y durante visitas domiciliarias. Se tomó en cuenta, además, la disposición a dialogar y la capacidad para comunicar información profunda y detallada respecto al significado que la DMT2 tiene para

los informantes según su propia experiencia. Se incluyeron pacientes que recibiera medicación por vía oral para el control de la diabetes ya que los pacientes en tratamiento con insulina se manejan a nivel hospitalario.

#### 4. Método, procedimientos, técnicas e instrumentos

Se realizaron entrevistas semiestructuradas como herramienta para la producción del discurso de los informantes sobre el objeto de representación, la DMT2, utilizando un instrumento cuya elaboración se describe en la siguiente sección (anexo 3).

Se utilizó el paradigma cualitativo de las “Representaciones Sociales” bajo el enfoque estructural, lo cual se realizó mediante los siguientes pasos metodológicos:

- 1) La primera fase consistió en un acercamiento microetnográfico al espacio de tiempo muerto en las salas de espera y sala de reunión del Club de Diabetes con el propósito de conocer el entorno e interactuar con los pacientes diabéticos.
- 2) La segunda fase consistió en la construcción del instrumento de investigación tipo entrevista semiestructurada con categorías de análisis. Para ello se siguieron los siguientes pasos:
  - a. Trabajo de campo en el que se obtuvieron palabras clave respecto a DMT2 en un grupo de 5 pacientes diabéticos.
  - b. Posteriormente, se englobaron las palabras clave a partir de las cuales se generaron categorías analíticas con lo cual se conformó la validez de constructo en el instrumento. Las categorías analíticas generadas fueron: identidad, actividad, propósito, normas y valores, y, posición y relación.
  - c. Se realizó un banco de preguntas, tomando como eje de estas, las categorías analíticas. Las preguntas fueron valoradas y evaluadas en pertinencia por cinco expertos en el área de la investigación cualitativa (Antropología Médica, Salud Pública y Salud Colectiva, Medicina Social, Sociología de la Salud, Salud Intercultural), que en ronda de 3 revisiones sucesivas se obtuvo un instrumento final de 20 items, con lo cual se tiene validez interna a través del método Delphi.

- d. El instrumento se aplicó a 3 pacientes diabéticos adecuándose en tiempo y sintaxis para obtener confiabilidad del instrumento.
  - e. Se obtuvo el instrumento final el cual se aplicó a la muestra.
- 3) En la siguiente fase se realizaron entrevistas semiestructuradas utilizando el instrumento en 12 pacientes con DMT2 previo consentimiento informado.
- 4) Una vez obtenidos los discursos, se procedió a realizar transcripción y codificación de cada una de las entrevistas para analizar la información por categoría, del núcleo y periferia de las representaciones sociales con respecto a la DMT2, con apoyo del software Atlas ti V7 y el software Iramuteq.
- 5) La entrevista semiestructurada fue examinada por asociación de categorías con los discursos, con el objetivo de comprender y comparar el significado de la DMT2 por los informantes, con apoyo del software Atlas ti.

## 5. Recolección de información

Un acercamiento microetnográfico varios meses antes de las entrevistas fue de gran utilidad para establecer cierta familiaridad y confianza con los pacientes, y para obtener su anuencia para realizar visitas domiciliarias. Estas se hicieron en dos momentos, en un primero momento se visitó a los pacientes seleccionados con el propósito de presentar a la investigadora ante el paciente y su familia por un colaborador/intérprete, informarles sobre el propósito del estudio y obtener su anuencia verbal para participar en el mismo.

Dadas las diferencias étnicas y culturales entre los pacientes y la investigadora (de identidad étnica mestiza) la posibilidad de rechazo o escasa disposición a la comunicación en las entrevistas había sido un motivo de preocupación. En ese sentido, se valoró el acompañamiento de un colaborador, el cual fue identificado con el apoyo del personal del CAP y autoridades locales, tomando en cuenta también las recomendaciones de la academia de lenguas mayas. Su identidad maya kaqchikel y el hecho de ser una persona reconocida y aceptada por su comunidad, además de

poseer conocimientos básicos sobre salud y diabetes fueron consideradas idóneas para brindar apoyo a la investigadora. Por su dominio del idioma materno (kaqchikel) y del idioma español asumió el doble rol de colaborador e intérprete en su tiempo disponible. Todo ello contribuyó a establecer un clima de confianza que propició la libre comunicación en las entrevistas. Además, se le brindó orientación sobre el propósito de la investigación, técnica de la entrevista semiestructurada, guía de entrevista, consentimiento informado, confidencialidad de la información, respeto a la intimidad y privacidad de los informantes.

En la segunda visita se dio a conocer el estudio en forma más detallada, contando con el acompañamiento y apoyo del colaborador/intérprete para brindar explicaciones o aclaraciones del consentimiento informado a fin de asegurar la mayor comprensión de los informantes para luego solicitar su firma o huella digital. Durante la interacción con los informantes, se pudo constatar su capacidad para comunicarse en idioma español y en su idioma materno, el kaqchikel. No obstante, se les consultó sobre el idioma de su preferencia para realizar la entrevista, optando todos en hacerla en idioma español. Vale la pena aclarar que, en escasas ocasiones, el colaborador se comunicó en kaqchikel para aclarar algún término particular.

Las entrevistas se realizaron el día y horario de conveniencia de los informantes, en el ambiente de la vivienda elegido por ellos, generalmente en corredores o espacios abiertos donde estuvo presente uno o más familiares con los que conviven. Esta situación permitió reconocer que la entrevista fue un evento que captó el interés familiar y que la presencia de la familia se asumió con naturalidad por los informantes, quienes se expresaron con libertad y fluidez en su presencia.

En vista de que la mitad de los informantes no sabían leer ni escribir, la presencia de familiares fue de apoyo para la lectura del consentimiento informado. Por otro lado, su presencia propició intervenciones espontáneas de algunos de ellos, que fueron registradas en las notas de campo. En algunos casos constataban relatos o afirmaciones de los informantes con lenguaje verbal o no verbal. En otros casos los aportes de familiares motivaron a los informantes a ampliar su discurso sobre alguna experiencia o situación. No se observaron contradicciones entre el discurso de informantes e intervenciones de familiares o viceversa; tampoco expresiones de inconformidad, desacuerdo o desaprobación respecto a lo expresado por los informantes o por los familiares.

Las entrevistas fueron grabadas en récord audio previo consentimiento, con el propósito de recabar toda la información emitida en el discurso, facilitar la comunicación y registrar expresiones personales y situaciones del contexto durante la entrevista.

Durante la entrevista se privilegió el discurso de los informantes sin ceñirse estrictamente a la secuencia de preguntas organizadas según categorías temáticas en la guía de entrevista. Se profundizó en aspectos emergentes que aportaran información de interés para el estudio y se replantearon interrogantes para profundizar o ampliar esos aspectos procurando aproximaciones de lo general a lo específico y complejo. Todas las entrevistas fueron grabadas.

### **Notas de campo y fotografías de campo** (anexo fotográfico 6)

Se recogieron observaciones “sobre el terreno” de acontecimientos experimentados o situaciones, mediante la escucha y la observación directa del informante y el entorno, con la respectiva identificación y contextualización espacio temporal. La realización de estas técnicas y la retroalimentación de los participantes aportó validez y confiabilidad, constituyendo estrategias para la triangulación.

### **Información sociodemográfica**

Previo a las entrevistas se recabaron datos sociodemográficos de los pacientes (anexo 2) que incluyeron datos personales en los que se mantuvo la confidencialidad mediante el uso de códigos asignados a cada entrevistado. Además, se recabaron datos sobre: nivel de educación, ocupación, religión, estado civil y vivienda, los cuales fueron tabulados y presentados al final de esta sección.

## **6. Análisis**

Las entrevistas realizadas a los informantes fueron transcritas en texto electrónico en el programa Microsoft Word por la investigadora. Una vez obtenidos los discursos, se procedió al análisis de los datos de acuerdo con las categorías establecidas de Identidad, Actividad, Propósito, Normas y Valores, Posición y Relación, a las que se agrega la categoría Pandemia como categoría emergente; identificándose el núcleo de las RS.

Se identificaron unidades básicas de sentido en las transcripciones de la información recolectada en las entrevistas, a las que se asignaron códigos que fueron agrupados en categorías. Estas se relacionaron con las categorías propuestas y la categoría emergente mediante asociación del texto a variables descriptivas previamente definidas. En el primer nivel descriptivo del texto, se identificaron múltiples códigos, los cuales fueron reducidos aplicando el concepto de saturación discursiva. Estos se asociaron a la categoría que los incluían. Las expresiones se sintetizaron en términos comunes por asociación semántica al interior de cada categoría y a otras categorías identificando los elementos de la representación. Se identificaron unidades de significado que evocaban una forma de pensar sobre el objeto y por concurrencia de palabras se identificaron los núcleos semánticos que corresponden al núcleo representacional.

La estructura de la representación se resume en un gráfico que se construye a partir del análisis lexicográfico que agrupa y organiza gráficamente las palabras. Estas fueron ponderadas según su frecuencia en una nube de palabras en la que las formas más citadas aparecen más céntricas y con mayor tamaño, obtenida con el software IRAMUTEQ versión7 alpha1, disponible en la web [www. http://iramuteq.org](http://iramuteq.org).

Los resultados se redactan en forma narrativa, describiendo y detallando, por medio de las categorías de análisis, el contenido de las RS identificadas.

A lo anterior se agregó la microetnografía, con el fin de conocer y describir los momentos de acercamiento a los lugares y sujetos de estudio en diferentes momentos. En cuanto al objeto de estudio, se aporta información adicional sobre la contextualización respecto a las RS, lo que aporta un campo de amplitud y comprensión del fenómeno en su abordaje desde la teoría de las RS.

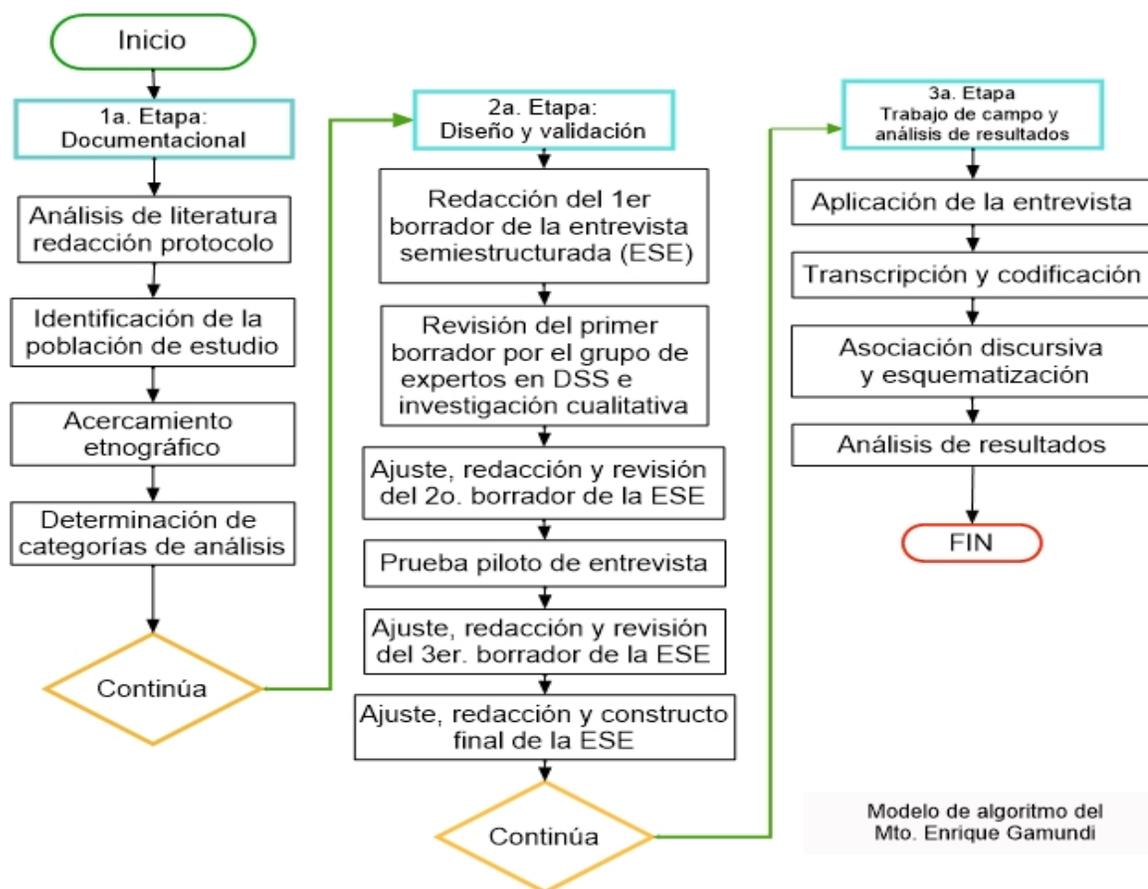
Cabe resaltar que se realizó un proceso continuo de triangulación mediante el cruce dialéctico de la información respecto al objeto de estudio. Para efectuarla, se realizaron comparaciones entre los discursos de los informantes.

Se tomaron en cuenta aportes registrados en las notas de campo provenientes de la voz de familiares que acompañaron al informante durante la entrevista, quienes comparten espacio y cotidianidad con los pacientes.

Entre las situaciones no previstas en el trabajo de campo se presentó la oportunidad de presenciar, como observadora no participante, una reunión interactiva moderada por un miembro del equipo de salud, con un grupo de aproximadamente quince pacientes diabéticos del CAP entre los que no se encontraban los informantes del estudio. Durante el desarrollo, los pacientes expresaron libremente y en idioma español sus concepciones sobre la DMT2, aspectos relacionados con su identidad como pacientes diabéticos, prácticas y actividades diversas en el control de la DMT2, así como creencias compartidas en el colectivo respecto a la enfermedad y su tratamiento. La actividad representó una oportunidad para la investigadora, para tomar notas de campo y registrar información que aportó elementos para la triangulación.

Si bien el proceso de la investigación cualitativa no es precisamente lineal o secuencial, sino supone una serie de acciones iterativas y yuxtapuestas para dar cumplimiento a los objetivos planteados y responder a las interrogantes del estudio; el siguiente esquema procura sintetizar sus principales etapas.

Figura 4  
 Algoritmo de metodología, proceso y técnica de la investigación



Fuente: elaboración propia con base en el modelo del Algoritmo del Mtro. Enrique Gamundi

## 7. Aspectos éticos

Para el trabajo de campo se solicitó y se obtuvo la autorización del coordinador del distrito de salud de Sumpango. El protocolo de la investigación fue aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

A cada informante se le dio a conocer con lenguaje comprensible a su nivel de educación y en el idioma de su preferencia (español o kaqchikel) el propósito de la investigación, los motivos por los cuales se escogió como participante del estudio y en qué consistía su participación. Se informó

que su participación era voluntaria y podía retirarse del estudio según su propia decisión, en el momento que deseara. Se aclaró que se mantendría la confidencialidad de la información y en caso de hacer alusión a su persona se haría por medio de un código. Así mismo se le indicó que ser parte de la investigación no representaba riesgos para su bienestar integral ni le generaría costo alguno, se le hizo saber que no obtendría un beneficio directo pero la información que aportara serviría para plantear recomendaciones para el manejo de la diabetes de acuerdo con las necesidades de los pacientes. Se explicó la importancia de grabar la entrevista y se solicitó su firma o huella digital en el consentimiento informado (anexo 1) del cual se entregó una copia que fue leída por un familiar en el caso de que el informante no supiera leer.

Se respetó la decisión de los informantes de realizar las entrevistas en su domicilio en su tiempo disponible, en el ambiente de la vivienda que eligieran y en el idioma de su preferencia para lo cual se contó con el apoyo de un colaborador/intérprete.

## 8. Caracterización sociodemográfica de los participantes del estudio

Los participantes del estudio conformaron un grupo de 12 personas (Tabla 2), todos originarios y residentes en Sumpango, Sacatepéquez, 7 mujeres y 5 hombres con un rango de edad de 30 a 80 años y promedio de edad de 62 años. Todos hablan el idioma maya kaqchikel y el español. Según su estado civil, 9 son casados, 3 viudas y 1 separado. La mitad de los informantes integran familias de tipo nuclear. Los demás conforman familias extendidas, en las que conviven con otros miembros de la familia (nietos, yernos y nueras, además de sus hijos) con un rango de 3 y 13 integrantes.

De acuerdo con la religión que profesan, 8 son católicos, 3 evangélicos y 1 se autodefine como cristiano. Respecto al nivel de educación 6 asistieron a la escuela primaria (5 hombres y 1 mujer) y los otros 6 (5 mujeres y 1 hombre) nunca asistieron a la escuela ni aprendieron a leer y escribir. En cuanto a la ocupación, todos los hombres son agricultores y 2 de ellos trabajan además en servicios, 1 atiende una librería de su hijo en horario de medio tiempo 3 veces por semana y el otro trabaja en servicios funerarios en el cementerio municipal. Del grupo de mujeres, 6 de las 7 son amas de casa excepto 1 que padece lesiones articulares post traumáticas en rodillas, que le dificultan movilizarse. Casi el 60 % (4) realizan labores agrícolas regularmente, 3 en cultivos

familiares y 1 en cooperativa agrícola en trabajo temporal. Dos tienen crianza de gallinas para el consumo familiar.

La ocupación de la población en el sector primario de la economía caracteriza a este pueblo maya kaqchikel como una comunidad agrícola. En el grupo de estudio se evidencia un bajo nivel educativo que no supera el nivel primario en congruencia con el promedio de escolaridad de 5,6 años en la población de 15 años o más a nivel nacional según la encuesta ENCOVI 2016. Esta situación empeora por el alto porcentaje de analfabetismo en este grupo (50 %) el cual predomina el sexo femenino, lo que habla de una situación precaria en el nivel de educación al compararlo con el porcentaje nacional de analfabetismo del 18,5 % (INE, 2019), el cual se concentra en la población indígena, en mujeres y en el área rural.

Los informantes integran familias nucleares o extendidas, en general, conviven con hijos o hijas lo que favorece la cohesión social acorde a la cultura de los pueblos mayas y constituye una fortaleza para sobrellevar la enfermedad en este grupo. A ello contribuye la inserción de los hijos en actividades productivas generalmente en la agricultura con lo que aumenta el ingreso familiar, muchas veces necesario para sufragar gastos de bolsillo relacionados con la enfermedad.

Tabla 2  
*Perfil sociodemográfico de los informantes*

		Femenino	Masculino	Total	%
Sexo		7	5	12	100
Edad	30-49	1	1	2	17
	50-69	4	4	8	67
	70 y más	2		2	17
Estado Civil	Casado	4	4	8	67
	Viudo	3		3	25
	Separado		1	1	8
Escolaridad	Analfabeta	5	1	6	50
	Primaria	2	4	6	50
Ocupación	Agricultor	5	4	9	75
	Servicios	2		2	17
	Ama de casa	6		6	50
	Crianza-gallinas	2		2	17
Religión	Católica	5	3	8	67
	Evangélica	2	1	3	25
	Cristiana		1	1	8

Fuente: elaboración propia.

## Capítulo IV

### Presentación de resultados

## Capítulo IV. Presentación de resultados

El propósito de este capítulo es presentar los hallazgos encontrados en el trabajo empírico desde las representaciones sociales de las personas que padecen de diabetes en la comunidad maya kaqchikel de Sumpango. En los resultados se exponen los rasgos generales y particulares encontrados en los discursos, los cuales se organizan de acuerdo con las categorías de análisis (tabla 3). Se incluyen las categorías preestablecidas a las que se agrega la categoría emergente “Pandemia COVID”, las cuales se describen en la tabla 4. Luego se expone la voz de los actores en fragmentos representativos de discursos, presentados en tablas a partir de las que se realiza una breve interpretación.

### 1. Categorías y subcategorías de análisis

En la siguiente tabla se listan las categorías analíticas y subcategorías respectivas.

Tabla 3  
*Categorías y subcategorías de análisis*

Categorías de análisis	Subcategorías
1. Identidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Emociones</li> <li>b. Limitaciones</li> <li>c. Estigma</li> <li>d. Sumisión al sistema de salud</li> </ul>
2. Actividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ejercicio</li> <li>b. Búsqueda de atención complementaria</li> <li>c. Herbolaria</li> <li>d. Oraciones y peticiones</li> <li>e. Dieta</li> </ul>
3. Propósito	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Control emocional</li> <li>b. Prácticas terapéuticas</li> </ul>
4. Normas y valores	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hábitos alimentarios</li> <li>b. Percepción corporal</li> </ul>

---

5. Posición y relación	a. Apoyo familiar b. Rol de los hijos c. Autonomía
6. Pandemia	a. Pandemia e Identidad b. Pandemia y Actividad c. Pandemia y Propósito d. Pandemia y Normas y valores e. Pandemia y Posición y relación

---

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4  
*Descripción de Categorías de Análisis*

<b>Categorías de análisis</b>	<b>Descripción</b>
1. Identidad	Entendida como la construcción desde el colectivo que define la relación de sí mismo con relación al otro o algo, en este caso la identidad de la persona como portador de DMT2.
2. Actividad	Es la descripción ideológica de lo que se hace respecto a algo, es decir, los significados de las acciones. En este caso las acciones o actividades que los pacientes realizan respecto a la diabetes: el ejercicio, búsqueda de atención complementaria en salud y elementos simbólicos en salud, como: la herbolaria, las oraciones y/o peticiones y la dieta.
3. Propósito	Se refiere al significado que el colectivo otorga a algo en un sentido social e ideológico de manera positiva o negativa.
4. Normas y valores	Representa el significado de las acciones del colectivo respecto a lo que se quiere lograr o alcanzar, lo que se considera como bueno o malo, correcto o erróneo respecto a la diabetes y lo que en las propias acciones y propósitos se trata de respetar o de alcanzar.
5. Posición y relación	Se refiere a las relaciones de poder influyentes en el colectivo en los que puedan generarse algún tipo de conflicto. Es decir, quien toma las decisiones por sobre el paciente con DM.
6. Pandemia	Esta categoría se refiere a la influencia de la pandemia Covid19 en el padecimiento de la diabetes desde la interpretación de los pacientes.

---

Fuente: elaboración propia.

## Categoría Identidad

La voz de los actores en la construcción de identidad expresa un vínculo emocional con la DMT2 a la que comparan con el cáncer (Tabla 5).

Tabla 5  
Categoría Identidad, subcategorías y discursos representativos

Categoría	Subcategoría	Discursos
Identidad	Emociones	“...las emociones son las que como que suben el azúcar me dijeron, y al final comprobé que era eso...” [E9]
		“...con la diabetes uno sufre...” [E1][E9]
		“...uno se siente triste...” [E4][E5][E8][E10]
		“...se altera uno a veces, pero es la misma enfermedad, aunque uno no quisiera hay cositas que de repente lo alteran a uno, pero la familia tiene que entender...” [E10]
	Limitaciones	“...trabajar con azadón no es fácil, la diabetes baja la fuerza, tiene que trabajar limitado, limitado...” [E11]
		“...íbamos al monte, con la diabetes, pues ya no muy salí, no hay ánimo de salir...” [E4]
		“... ya no es uno como era, cuando estaba buena. Donde quiera iba a pasear, pero ya con enfermedad, ya no hay ánimo de salir...” [E10]
		“...yo sin la naturaleza sin la agricultura me moriría, como uno ahí ha crecido pues, esa es mi vida...” [E10]
	Estigma	“vivir con esta enfermedad es como que tener una limitación de poder disfrutar de lo que la naturaleza tiene para uno (...) esto como que lo va marginando un poquito a uno...” [E9]
		“Es triste yo me siento inservible, ya no sirvo para nada, soy inválido, no voy a sentirme con la misma calidad antes de que me hubiera atacado esa enfermedad.” [E8]
	Sumisión al sistema de salud	“...la diabetes es una enfermedad silenciosa, similar al cáncer que se puede controlar con pastillas...” [E8]
		“...tengo que controlar la diabetes por medio de las pastillas, los doctores y el centro de salud...” [E8]

Fuente: elaboración propia.

La tristeza y el sufrimiento se asocian a un estado alterado por la enfermedad. La limitación de la fuerza al trabajar en la agricultura y la falta de ánimo para salir al campo los aparta de la naturaleza donde encuentran el significado de la vida, lo cual toma sentido dada su pertenencia a un pueblo que ha crecido y vivido en contacto con la tierra. La persona con diabetes se percibe como no útil, de menor calidad o inválida configurando un estigma que caracteriza su identidad.

### Categoría Actividad

Con respecto a la actividad, esta tiene diferentes connotaciones que se refieren al ejercicio, a la búsqueda de atención, a la práctica herbolaria, a oraciones y peticiones ligadas a creencias religiosas y a la dieta, las cuales definieron cinco subcategorías (Tabla 6).

Tabla 6  
*Categoría Actividad, subcategorías y discursos representativos*

Categoría	Subcategoría	Discursos
Actividad	Ejercicio	<p>“...me voy al monte a hacer ejercicio...” [E1]</p> <p>“...si voy al monte a trabajar, ya es un ejercicio, ¡va! camino bastante...” [E8]</p> <p>“...estos días he estado rajando leña, entonces es un buen ejercicio...” [E10]</p> <p>“...como somos campesinos a veces no tenemos tiempo para salir a correr, (...) voy al campo, llevo mi azadón, caminando, con el mismo trabajo ahí estoy haciendo yo mis ejercicios, mi movimiento y como le digo empieza a sudar...” [E12]</p> <p>“...a veces no me da tiempo de salir para hacer ejercicio. Solo cuando voy al campo, al monte, entonces sí...” [E3]</p> <p>“...para mí trabajar en la tierra, trabajar el azadón es un ejercicio, me gusta trabajar (...) el ejercicio sí ayuda a la diabetes” [E11]</p> <p>“...al caminar me siento bien (...) cuando voy al monte y me canso me viene el sueño, sabroso...” [E1]</p> <p>“...al caminar me distraigo, me siento un poquito alegre y regreso más tranquila...” [E4][E9],</p>
	Búsqueda de Atención	<p>“...me dijeron las personas, andá con la curandera a pedir tu medicina, ahí curan bien, ella te va a decir por qué tenés esa sed (...) me dijo [la curandera] seguro que te agarró la diabetes, eso es lo que hace la diabetes cuando les agarra ¡Les da una gran sed! me daba unos montes para tomar, me recomendó unas plantas que me hicieron muy bien...” [E2]</p>

---

“...el curandero fue el que me diagnostico como diabético, él me dijo ¿usted tiene sed! es diabético, yo no creí, luego fue a la clínica donde me confirmaron, ellos son buenos, por eso los consulto, el me atiende con hierbas de los viejos...” [E9]

“...muchas veces uno acude con el curandero o el hierbero, ellos lo entienden a uno y además, conocen de nuestra enfermedad...” [E11]

“...me sentía muy mareada, agotada, mi esposo me dijo vamos mejor a un naturista (...) fui con naturista en Chimaltenango, me dieron un montón de tratamientos naturales, cápsulas hasta 8 o 10 pastillas tomo al día, yo ya estaba aburrida de la medicina, gastamos mucho dinero...” [E3]

“...dije yo, pero que será que solo agua quiero ¡Ah! mejor me voy al centro de salud [se refiere al CAP] a chequear la sangre. Usted 500 de azúcar tiene me dijeron, ahora voy al centro de salud mes a mes a chequear la sangre y me dan pastillas...” [E1]

“...sentí yo que solo durmiendo me mantenía, por eso es que llegué allá en la clínica [se refiere al CAP] ¡qué si me dijeron que si soy diabética! (...) allí me dieron mis medicinas la metformina y la glimepirida...” [E5]

“...para controlar la diabetes solo voy a la clínica [se refiere al CAP] y me hacen un chequeo de azúcar...” [E4] “...me voy en la clínica por la medicina de la diabetes...” [E6]

“...a veces iba a la clínica del centro de salud, ahora ya no, como llega mucha gente yo me desespero y me pongo más mala (...) pero mes a mes requiere dinero para comprar la medicina. Por eso estaba diciendo ayer ¡Ah! me voy a la clínica...” [se refiere al CAP] [E5]

“...mis hijos varones me dijeron mama estás mal, tenés que irte a curar no te quedás solo así. Me llevaron con el doctor y me mandaron a hacer un examen, ellos pagaron la medicina y el tratamiento...” [E3]

“...cuando estoy mal mi hija llama al doctor y viene a curarme...” [E1]

Herbolaria “...tome un tiempo de esa hoja de guayaba y se me bajaba el azúcar, a 100,90...” [E5]

“...licuado con macuy, güisquil, pepino y papa mañana y tarde, me ha caído bien...” [E7]

“... yo me preparo palo de vida, chupamiel y copalchí en medio litro agua hervida, un vaso después de cada comida fue como un milagro para mí...” [E9]

“...hace dos meses empecé a comer esa sábila, eso me ha aliviado, me quitó la orinadera, me quitó la sed, me he sentido buenísimo...” [E10]

“...he probado el nopal, licuado con macuy, hojitas del palo de jiote, mano de león (...) las probé en té, me sentía relajado, me sentía bien...” [E10]

“...tomo agua de monte insulina, el monte insulina es bueno dicen...” [E3]

---

---

	<i>“...para defenderme tomo lo natural, el monte insulina para la diabetes calma la enfermedad...” [E6] [E7][E9]</i>
Oraciones	<i>“...me pongo a clamar a Dios que controle mi vida...” [E3, E7, E9]</i>
y	<i>“...yo pido a la madre Santísima que me que me ayude con esta enfermedad...” [E5]</i>
peticiones	<i>“...he orado por la enfermedad y le he pedido a Dios...” [E8,10]</i>
	<i>“...confió en Dios nada más, qué más nos queda...” [E6]</i>
	<i>“...hablo con el ser supremo (...) confío en Dios todo poderoso...” [E11][E10]</i>
	<i>“...mi esposo me dice, ¡Ay! confíemos en Dios, pedí mucho a Dios. Yo sé que para Dios no hay cosa difícil, no hay cosa imposible. Pero me dice que tengo muy poca fe...” [E3] Sí de veras digo yo, ¡Qué voy a hacer pues! si no tomo las pastillas ya rápido me sube el azúcar, ya tengo molestias, me da dolor de cabeza, me siento mareada. Así le digo a mi esposo...” [E3]</i>
Dieta	<i>“...no como dulce porque si no se me sube el azúcar. ...” [E3][E5][E8]</i>
	<i>“...tomo mi café sin azúcar...” [E11], no mucho como pan duce...” [E12]</i>
	<i>“...hago un esfuerzo para quitar todo, azúcar, gaseosas (...) como bastante hierba, bledo, chipilín, verdura y todo eso me ha ayudado bastante ...” [E7][E3][E12]</i>
	<i>“...como uno es agricultor gasta fuerza, gasta energía en el campo está acostumbrado a comer tortillas entonces, la hierba no supe la tortilla, siempre me da hambre...” [E10] “...dos tortillas a mí no me alcanzan, yo como seis a cinco tortillas cada tiempo de comida (...) voy al monte ya me da hambre...” [E8]</i>

---

Fuente: elaboración propia.

Con respecto al ejercicio, este se resignifica en su actividad agrícola cotidiana la cual se asocia a caminatas que implican un desplazamiento hasta de dos horas a los campos de cultivo según lo expresaron algunos pacientes. Por otro lado, se percibe como ejercicio el movimiento y el esfuerzo corporal al trabajar la tierra con azadón, al rajar leña y al sudar. En el caso de las mujeres, la intensidad del ejercicio es menor, sin embargo, se vincula igualmente con la agricultura, el campo y caminatas menos prolongadas.

En la búsqueda de atención, se evidenciaron tres orientaciones sin un orden secuencial. Una alternativa fue acudir al curandero(a) por consejo de familiares, vecinos y amigos en busca explicaciones y cura para su mal. Otra opción fue acudir al naturista cuya intervención es aceptada por su vinculación con la medicina natural; y la búsqueda de medicina alópata fue otra posibilidad

a la que recurrieron, la que se centró en el examen médico, la dependencia al tratamiento con medicamentos y los exámenes de sangre para el control del “azúcar”.

En cuanto a la herbolaria, se menciona una diversidad de plantas asociadas al alivio de síntomas o efecto hipoglucemiante que en ocasiones se constata con valoraciones sanguíneas de glucosa. Su uso es generalizado ya sea en su forma natural, como té o licuados que se consumen en forma simultánea con el tratamiento alópata.

Como parte de las actividades, las peticiones y oraciones invocando a Dios y/o a la Virgen Santísima fueron recursos espirituales insertos en el sistema de creencias y valores de los pacientes. La dieta como actividad para el control de la DMT2 se centra en el mayor consumo de verduras, hierbas y en evitar o reducir el azúcar en comidas y bebidas, y el pan dulce. Se enfatiza un rechazo a la restricción del consumo de tortillas (elaboradas con maíz molido) a la que asocian la satisfacción de energía que suple las necesidades derivadas del esfuerzo del trabajo en la agricultura.

### **Categoría Propósito**

En lo expresado sobre el Propósito, el control emocional tuvo un rol predominante en la contención de los síntomas de la DMT2. *Evitar el enojo, la actitud positiva, mantener la calma y estar tranquilo* fueron expresiones reiteradas en los discursos, los cuales se citan en la tabla 7 los más representativos. Estos se contrastan con las consecuencias de la falta de control.

Tabla 7  
 Categoría Propósito, subcategorías y discursos representativos

Categoría	Subcategoría	Discursos
Propósito	Control emocional	<p>“...a la mayoría de personas con que he platicado con este problema, las emociones les ha afectado mucho (...) un señor que ya lleva como unos veinticinco años con diabetes me dijo, vos tratá de no enojarte porque el enojo hace que se le eleve a uno el azúcar, yo lo he comprobado. Las emociones sí hay que tratar de controlarlas me decía porque me he dado cuenta cuando me enojo se me sube el azúcar (...) yo en mi mente digo voy a estar tranquilo...” [E9]</p> <p>“...tengo que controlarme por los enojos...” [E8]</p> <p>“...si uno se decae dice ya no hay medicina, se va uno a la tumba. Pero si la mente es positiva dice ¡voy a salir adelante!...” [E10]</p> <p>“...es mejor no poner atención a la preocupación porque la preocupación nos da molestia al cuerpo, se sube el azúcar...” [E11]</p>
	Prácticas terapéuticas	<p>“...la pastilla Metformina me alivia, me está ayudando...” [E1]</p> <p>“... con las pastillas metformina y glimepirida me controlo el azúcar...” [E3]</p> <p>“...me dieron mi tratamiento, pastillas y con eso me calma, ahí estoy pasándola bien...” [E5]</p> <p>“...hacer el tratamiento, las pastillas me motiva estar saludable...” [E10]</p> <p>“... si yo no tomo las pastillas rápido me sube el azúcar ya me molesta me da dolor de cabeza, me siento mareada...” [E3]</p> <p>“... cuando no tomo las pastillas ahí si me pongo alterado...” [E8]</p> <p>“...se me quitaron todos los síntomas, ya no sentía nada (...) dije yo de repente ya está normal por eso digo me confié, entonces dejé de tomar un poco las pastillas y el agüita, fue el error se me volvió a descontrolar otra vez, yo mismo decidí volver a tomar pastilla...” [E9]</p> <p>...me dicen que trate de buscar algo natural que le ayude porque eso va a acompañado de un poco caliente un poquito frío, lo químico es lo más caliente que hay porque después de un mes, dos meses a algunos les provoca dolores. Entonces siempre tratar de buscar algún método natural que le ayude por lo menos, que no le afecte tanto las pastillas y que los dos vayan como que ayudándote y esté en un equilibrio...” [E9].</p> <p>“...pastillas y lo natural ayuda bastante...” [E7],</p> <p>“...tomaba la pastilla y un vasito de esa agüita de monte natural...” [E9].</p>

Fuente: elaboración propia.

Resalta en esta categoría la importancia del control mental, como saber lego compartido, practicado y verificado por los pacientes en la práctica de autocuidado, cuyo propósito se centra en la prevención de síntomas, mientras el cumplimiento del tratamiento farmacológico es un recurso que se dirige mayormente al alivio de estos. Los discursos develan decisiones basadas en la presencia o ausencia de síntomas y molestias como indicadores del control de la enfermedad y la necesidad de medicación.

Llama la atención que la herbolaria como práctica terapéutica adquiere otro sentido desde la concepción maya por sus efectos en el “equilibrio frío-caliente” al atribuir a los medicamentos un efecto “caliente”.

### **Categoría Normas y Valores**

Las expresiones obtenidas acerca de las normas y valores muestran un apego inicial de los pacientes a la prescripción dietética. Sin embargo, el tomar conciencia de que se apartaban de sus hábitos alimentarios, lo cual se refuerza mediante señalamientos de familiares y miembros de su entorno social, provocó el abandono de la dieta. Una situación similar se observa en la percepción corporal asociada a la reducción de peso como consecuencia del apego a las recomendaciones dietéticas para el control de la diabetes. La delgadez ante la vista de los otros atentaba en contra de los valores construidos en el colectivo en el que la imagen corporal rolliza se interpreta como señal de salud y bienestar y el cuerpo delgado se asocia a debilidad y muerte (tabla 8).

Tabla 8  
 Categoría Normas y valores, subcategorías y discursos representativos

Categoría	Subcategoría	Discursos
Normas y Valores	Hábitos alimentarios	<p>“...probé la dieta como 15 días, empecé a rebajar, a adelgazar y yo sentía que me estaba matando a mí mismo porque ya no comía lo que debía ser...” [E10]</p> <p>“...los agricultores los del campo no aguantamos la dieta...” [E10]</p> <p>“...respeté un tiempo las normas de los doctores: límite de tortillas, límite de pan, aguas gaseosas (bebidas carbonatadas) quedó eliminado. Entonces se muere uno del hambre (...) dije yo definitivamente me estoy limitando mi propia vida...” [E8].</p> <p>“...como un mes hice dieta, no comí lo normal (...) me rebajé completamente. después me dijeron mis hijos, mama ¡comé! te morís y todo se va a quedar, después me puse a comer...” [E6]</p> <p>“...me decía la doctora usted tiene que comer cinco veces pero, como yo no estoy acostumbrado, solo desayuno, almuerzo y cena; refacción no acostumbro, ¡solo yo no refaccio!...” [E10]</p> <p>Mi esposa me dice a veces, comé de todas formas te vas a morir, ni modo que vas a dejar de comer...” [E10]</p>
	Percepción corporal	<p>“...le dije a mi esposa, dicen que estoy obeso, ¡qué vas a estar obeso! puro esqueleto estás me dijo...” [E10]</p> <p>“...las personas dicen adelgazó bastante, lo miran a uno como que no está bien...” [E7]</p> <p>“...muchos me dicen ¿Qué tal esta? pues regular por la gracia de Dios. Y porqué regular me dicen, si yo lo miro gordo a usted, usted no está regular, usted está bien...” [E8]</p>

Fuente: elaboración propia.

### Categoría Posición y Relación

En la categoría posición y relación se evidenció el rol familiar y su percepción por los pacientes (tabla 9) Los discursos describen situaciones en las que la familia vigila y orienta al paciente respecto a prácticas para el control de la diabetes sin que se evidencien expresiones de conflictos familiares o relaciones de dominación en torno a estas acciones. En general los pacientes perciben las recomendaciones e indicaciones de la familia como apoyo y las aceptan.

Resalta el rol de los hijos especialmente en el cumplimiento del tratamiento y en situaciones de descontrol de la DMT2. En los discursos se denota su intervención percibida por los pacientes como “preocupación” que se traduce en acciones de búsqueda de atención y en sufragar los gastos de tratamiento.

Con excepción de las situaciones mencionadas anteriormente, se observa en los discursos reiteradas expresiones sobre la posición de los pacientes respecto a las decisiones y responsabilidad que asumen sobre su autocuidado y tratamiento cotidiano, haciendo valer su autonomía.

Tabla 9  
*Categoría Posición y relación, subcategorías y discursos representativos*

<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Discursos</b>
Posición y Relación	Apoyo familiar	<i>“...la familia cuando me miran tomar algo, me dice que no debo tomar, con las tortillas igual, hay apoyo en ese lado, para mí es apoyo no es represión...” [E10]</i>
	Rol de los hijos	<i>“...mis hijos se preocupan por mí, me apoyan...” [E6]</i> <i>“...mi hija está pendiente de mí, me dice que tome mi pastilla, entonces yo la tomo...” [E5][E1]</i> <i>“...mis hijos se preocupan cuando se altera el azúcar, cuando me siento más mal ellos deciden y me llevan con doctor, pagan la medicina y el tratamiento...” [E11]</i> <i>[E3]</i>
	Autonomía	<i>“...yo decido lo que hago, solo la pastilla y un vaso de agua tomo...” [E1]</i> <i>“...solo yo misma me pongo a tratarme a tomar mi pastilla mi medicina (...) cuando yo quiero, coso mi monte y así empiezo a tomar...” [E3]</i> <i>“...yo me controlo sola, así como me lo indican. Yo sola me tengo que controlar porque uno tiene que estar al día con su medicina...” [E7]</i> <i>“...yo mismo tomo mi decisión...” [E8]</i> <i>“...yo mismo decidí volver a tomar pastillas...” [E9]</i> <i>“...yo decido hacer la dieta, no consumir nada de azúcar...” [E11]</i> <i>“...yo tengo que hacerle frente y hay que estar en tratamiento...” [E12]</i>

Fuente: elaboración propia.

### **Categoría Pandemia**

Esta categoría emergió de los discursos en los que se hace referencia al contexto local caracterizado por un evento novedoso que ha afectado a personas de la comunidad y pone en riesgo la salud de la población. Este se acompaña de una serie de medidas de emergencia sanitaria dirigidas a la contención de la pandemia como: la cuarentena, el confinamiento y distanciamiento social, cierre de iglesias, escuelas, limitado acceso al mercado local y edificios públicos, prohibición de reuniones sociales, divulgación de mensajes sobre medidas de contención y protección contra el COVID, reorganización en la atención en el centro de salud, priorización de acciones para la detección y control del COVID en la comunidad entre otras.

Cabe mencionar que ninguno de los informantes había padecido de COVID al momento de la entrevista y la investigadora adoptó las medidas de prevención según el protocolo establecido por el CAP de Sumpango al realizar las entrevistas.

Tomando en cuenta este contexto consideramos prudente preguntar en ese momento: ¿Como influyó el COVID/la pandemia en su diabetes? Evocando discursos que permitieron identificar su influencia sobre las otras categorías de análisis por lo que se asumió como una “supra categoría” (tabla 10). Las subcategorías en este caso se identificaron con el nombre de cada categoría analítica a la que se agregó el término “pandemia”: “pandemia e identidad”, “pandemia y actividad”, “pandemia y propósito”, “pandemia y normas/valores”, “pandemia y posición/relación.

Tabla 10  
 Categoría Pandemia, subcategorías y discursos representativos

<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Discursos</b>
Pandemia	-Pandemia e Identidad	<i>“...ya no me fui al centro de salud. Porque tal vez hay de eso (Covid)...” [E1]</i> <i>“...como dicen que uno es diabético es malo, le da temor o le da miedo a uno.</i>
	-Pandemia y Actividad	<i>Dicen que es malo porque uno tiene pocas defensas, así cuentan...” [E3]</i> <i>“...por eso del azúcar estamos propensos pues a contagiarnos de esa</i>
	-Pandemia y Propósito	<i>enfermedad que ahorita está atacando. Nosotros, los diabéticos estamos más delicados...” [E7]</i>
	-Pandemia y Normas y valores	<i>“...por la enfermedad (Covid) ya no fui al centro de salud...” [E1]</i> <i>“...le pedí favor a la doctora que me diera medicina para dos meses. Por lo</i>
	-Pandemia y Posición y relación	<i>mismo de la pandemia me estoy cuidando para no bajar a cada rato. Vaya me dijo, le voy a dejar...” [E7]</i> <i>“...como ahora está “la enfermedad” no hay reunión ni misa. Yo quisiera ir, pero no hay. No hay nada...” [E1]</i> <i>“...los patojos me dicen ¡está más fuerte dice papa! ¡no salgás! si no hay necesidad estate en casa...” [E10]</i> <i>“...ahora, si voy a la calle uso mascarilla para que uno no se contagie de la enfermedad...” [E5], “...uso mascarilla, también gel y me lavo las manos con jabón, uno mismo se tiene que cuidar, hoy ya se me quitó el temor me voy a la calle libre...” [E3]</i>

Fuente: elaboración propia.

## Capítulo V

### Análisis y discusión de resultados

## Capítulo V. Análisis y discusión de resultados

En este capítulo se retoman las voces de los actores, para explorarlas desde el enfoque teórico propuestos. Se analiza la información obtenida en los discursos recopilados sin el afán de hacer generalizaciones, pero sí de exponer los hallazgos generales y particulares encontrados.

El desarrollo del texto sigue el orden de las categorías analíticas, las cuales se enfocan en los núcleos temáticos centrales de las representaciones sociales de la diabetes. El análisis de cada categoría y subcategorías respectivas se despliegan en la secuencia en que fueron presentadas en los cuadros de resultados en la sección anterior: identidad, actividad, propósito, normas y valores, posición y relación, pandemia. Al inicio se presenta un esquema general (Figura 5) de la representación de la DMT2, la cual sintetiza sus elementos estructurales los cuales se analizan a lo largo del texto.

Se exponen las voces de los informantes a los que se denomina para los fines de este análisis “pacientes”, de quienes se citan fragmentos discursivos mediante códigos: E1: Entrevistado 1, E2: Entrevistado 2... hasta E12: Entrevistado 12), respetando su anonimato.





Aquí los discursos expresan que “...las emociones son las que como que suben el azúcar me dijeron y al final comprobé que era eso...[E9], “...con la diabetes uno sufre...”[E1][E9], “...uno se siente triste...”[E4][E5][E8][E10], “...se altera uno a veces pero es la misma enfermedad, aunque uno no quisiera hay cositas que de repente lo alteran a uno pero la familia tiene que entender...”[E10], este vínculo entre la diabetes y la esfera emocional muestra una asociación de significaciones emocionales en tres ejes: En el primer eje, se “sufre”, este sufrimiento tanto a nivel individual como de grupo étnico (Montesi, 2017) expresa vulnerabilidad donde subyacen los efectos de la exclusión hacia los pueblos indígenas en el ámbito de la salud (Lerin, Juárez, & Reartes, 2015; Cruz-Sánchez & Cruz-Arceo, 2020).

En un segundo eje “uno se siente triste”, desde una perspectiva antropológica del “emic”, la experiencia al referir *tristeza puede adjudicarse a: sentirse inservible, limitación para disfrutar y percepción de marginación*, a lo cual contribuye el imaginario social al estigmatizar la DMT2y en consecuencia, a quienes las padecen, “...es triste, yo me siento inservible, ya no sirvo para nada, no voy a sentirme con la misma calidad antes de que me hubiera atacado esta enfermedad...”[E8], “...vivir con esta enfermedad es como tener una limitación de poder disfrutar de lo que la naturaleza tiene para uno (...) esto como que lo va marginando un poquito a uno...”[E9]. Es ahí donde inciden las creencias construidas y reproducidas a nivel sociocultural, pero también la información disponible y la carga atribuida a los síntomas.

Por lo tanto, la enfermedad es un evento que implica no solo al enfermo sino a las personas de su entorno entre las que circula una gama de significados que moldean la conducta y la subjetividad de estos respecto al enfermo (Leal-Guerrero, Pompa-Guajardo, & Cabello-Garza, 2021).

El tercer eje, “no hay ánimo de salir”, el pueblo maya kaqchikel de Sumpango, donde el campo y la agricultura son el centro de la vida cotidiana, la DMT2 impacta no solo su medio de vida sino una dimensión central de la identidad de este pueblo en cuyas expresiones resaltan símbolos como el “*azadón*” o “*el monte*” los cuales quedan plasmados en el discurso, “...trabajar con *azadón* no es fácil, la diabetes baja la fuerza, tiene que trabajar limitado, limitado...”[E11], “...íbamos al monte, con la diabetes pues ya no muy salí, no hay ánimo de salir...”[E4], “...yo sin la naturaleza sin la agricultura me moriría, como uno ahí ha crecido pues, esa es mi vida...”[E10], este apego

al entorno natural expresa, reafirma y reproduce de acuerdo con su cosmovisión, su identidad colectiva, fortaleciendo su sentido de pertenencia.

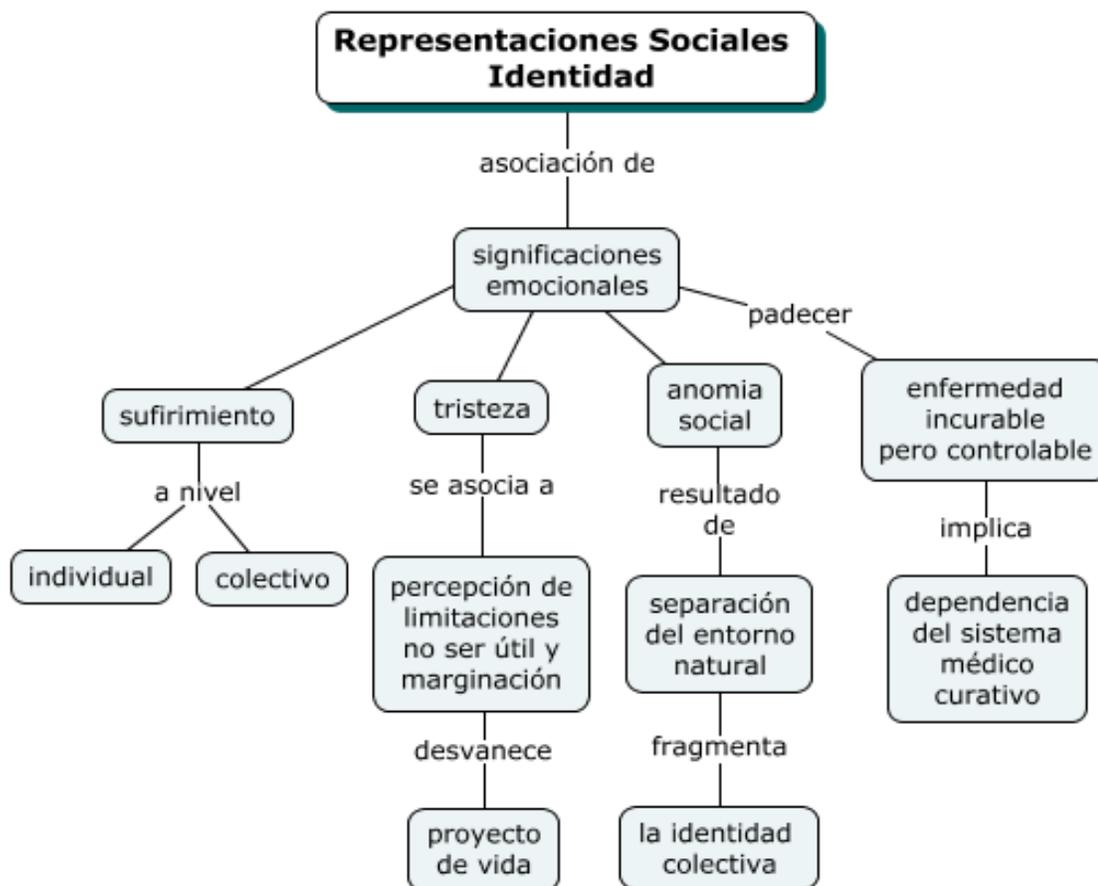
Por el contrario, su separación de la naturaleza representa su fragmentación que altera sus mecanismos de interrelación y dependencia (Sánchez-Midence & Victorino, 2012), donde la anomia social se hace presente a través de una apatía al mundo, a la socialización de pertenencia del estar y ser parte de una comunidad, esto limitado por una enfermedad (Arcos-Guzmán & Peña-Mena, 2019).

En un cuarto eje, *“una enfermedad silenciosa, similar al cáncer que se puede controlar con pastillas”*, esta asociación la describen como incurable pero controlable, se comenta la necesidad de la medicalización durante su vida como diabético, *“...tengo que controlar la diabetes por medio de las pastillas, los doctores y el centro de salud ”[E8]*, que denota una sumisión a un *sistema biomédico curativo* la cual resignifica su identidad.

Esta esfera emocional constituye un aspecto medular en la experiencia del padecimiento de los pacientes maya kaqchikeles, descrita en otros pueblos originarios como los indígenas chiapanecos (Lerin, 2015), los tzeltales (Page-Pliego, 2015), los chontales de Tabasco (Cruz-Sánchez & Cruz-Arceo, 2020) y los ikojts de Oaxaca (Montesi, 2017).

A continuación, se esquematizan en la figura 7 las categorías y subcategorías analizadas de la RS de Identidad.

Figura 7  
Esquema de las representaciones sociales de identidad



Fuente: elaboración propia.

## 2. Categoría Actividad

*“...voy al campo, llevo mi azadón, caminando, con el mismo trabajo ahí estoy haciendo yo mis ejercicios, mi movimiento...” [E12]*

Las acciones o actividades que los pacientes realizan respecto al conocerse como diabético hacen referencia a: *el ejercicio, la búsqueda de atención complementaria en salud y elementos simbólicos en salud - la herbolaria, las oraciones y/o peticiones- y la dieta.*



*entonces sí...*” [E3], estos discursos asocian *al ejercicio* con la actividad agrícola o laboral de la rutina personal y de grupo, cuyos significados se expresan en dimensiones del aspecto laboral y la posibilidad de estar activo a través del trabajo agrícola.

Además, en los discursos en torno al *ejercicio*, encontramos una primera dimensión percibida como *beneficio* que se inscribe en los relatos, “...*al caminar me siento bien (...) cuando voy al monte y me canso me viene el sueño, sabroso...*” [E1], “...*hace un tiempo cosechó tomate mi hijo, me iba al monte a cortar y regresaba a limpiarlo, a clasificar y nada de descanso; me sentía alegre, tranquila, iba al campo, no sentía nada, ni qué diabetes ni qué nada...*” [E3]. “...*al caminar me distraigo, me siento un poquito alegre y regreso más tranquila...*” [E4][E9], estos discursos se asocian a *sentirse bien, el sueño y el descanso*; denotan *tranquilidad y relajación* que ayudan a mitigar los síntomas de la diabetes, en especial cuando se vive con la carga del estigma, el sufrimiento y limitaciones de la enfermedad. De esta manera las labores agrícolas o las caminatas adquieren significados de evasión del estrés psicológico de vivir con diabetes y un escape a las limitaciones que el padecimiento impone en la cotidianidad.

- **Búsqueda de atención complementaria en salud**

*“...muchas veces uno acude con el curandero o el hierbero, ellos lo entienden a uno y, además, conocen de nuestra enfermedad...”* [E11]

Se entenderá esta categoría como la búsqueda de una atención complementaria en salud por parte del paciente con DMT2, la cual no se limita exclusivamente al modelo biomédico curativo, es así como enmarcamos tres modelos: *medicina tradicional, la medicina alternativa y la medicina alópata*.



“los conocimientos, capacidades y prácticas basadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales” (WHO, 2013, p. 15).

En esta zona kaqchikel los curanderos son reconocidos terapeutas de la medicina indígena maya (Car, Eder, García, & Asociación de Servicios Comunitarios de Salud Guatemala [ASECSA], 2005), de esta forma constituyen actores significativos a quienes se acude para obtener explicación y tratamiento a base principalmente de herbolaria la cual se asocia a las tradiciones culturales mayas (Lerin et al., 2015).

Figura 10

*Representaciones sociales de atención complementaria: medicina alternativa*



Fuente: elaboración propia.

En un segundo momento encontramos a la medicina alternativa: “...*me sentía muy mareada, agotada, mi esposo me dijo vamos mejor a un naturista (...) fui con naturista a Chimaltenango, me dieron un montón de tratamientos naturales, cápsulas hasta 8 o 10 pastillas tomo al día, yo ya estaba aburrida de la medicina, gastamos mucho dinero...*”[E3], a pesar de la reciente introducción de la medicina alternativa en la comunidad, el uso de productos naturales a base de plantas la hace culturalmente aceptable pues coincide con una de las prácticas terapéuticas de la medicina tradicional más utilizadas como la herbolaria, en la que los pacientes reconocen sus beneficios. Ello contribuye a la expectativa de una opción económica y de fácil manejo (Saucedo, Bañuelos, Cabrera, & Ballesteros, 2006; García-Reza, Alvirde, Landeros, Solano, & Medina, 2014), pero la experiencia con el uso de esta medicina contradice sus expectativas las cuales se disipan ante los costos elevados y las prescripciones prolongadas para lograr el efecto terapéutico, lo que provoca la interrupción del tratamiento.



*controlar la diabetes solo voy a la clínica y me hacen un chequeo de azúcar...”[E4]“...me voy en la clínica por la medicina de la diabetes...”[E6].*

Los síntomas apoyan el diagnóstico de DMT2 a los que se agregan nuevos elementos de la biomedicina como la medición del “azúcar”. A partir de estos se define el tratamiento con medicamentos que se incorporan a las prácticas terapéuticas de los pacientes, usualmente cuando otros recursos empleados se mostraron insuficientes. De esta manera la información compartida y la experiencia con la medicina alopática contribuyen a elaborar las RS de la búsqueda de atención en la que se conjuga el saber médico y el saber popular para el diagnóstico, el control y el tratamiento de la DMT2 (Torres-López et al., 2005; Costa & Coutinho, 2018).

En la búsqueda de atención en la medicina alópata, los pacientes transitan entre el sistema público y el privado “...a veces iba a la clínica del centro de salud, ahora ya no, como llega mucha gente yo me desespero y me pongo más mala (...) pero mes a mes requiere dinero para comprar la medicina. Por eso estaba diciendo ayer ¡Ah! me voy a la clínica [se refiere al CAP]...”[E5] “...cuando estoy mal mi hija llama al doctor y viene a curarme...”[E1], “...mis hijos varones me dijeron mama estás mal, tenés que irte a curar no te quedás solo así, ellos pagaron la medicina y el tratamiento...”[E3]. Se valora la atención en el CAP como alternativa accesible de servicios de salud y medicamentos gratuitos, pero la demora en la atención por la alta demanda desmotiva la consulta y los servicios privados son considerados especialmente en dos situaciones: cuando se percibe mayor gravedad y para solventar la necesidad de medicinas en un tiempo menor al que requiere obtenerlos en el CAP.

Los gastos que ello implica para quienes viven de una economía de subsistencia, como la población indígena de Sumpango, impactan el presupuesto familiar y resultan insostenibles para los pacientes (Juárez-Ramírez et al., 2015). Por lo tanto, los servicios públicos del CAP constituyen la opción más viable en la búsqueda de atención, y a pesar de los señalamientos, existe alta demanda de servicios.

- Aunado a lo anterior, cabe mencionar que los pacientes mencionaron ***Elementos Simbólicos en Salud***, los cuales entenderemos como los discursos que lleven una carga relacionada a la

comprensión de la atención de la DMT2, donde existen fenómenos sociales de práctica curativa como *la herbolaria, las oraciones y/o peticiones*.

- **Herbolaria: eficacia simbólica curativa**

Los discursos revelan saberes ancestrales que han permitido a esta comunidad maya curar o prevenir enfermedades (Medina J, Medina I, Candila, & Yam) “...tome un tiempo de esa hoja de guayaba, la guayaba fuerte, se me bajaba el azúcar....”[E5], lo cual reafirmó la hija de la paciente al mencionar resultados de glucemia en 100 y 90, “...licuado con macuy, güisquil, pepino y papa mañana y tarde, me ha caído bien...”[E7], “...yo me preparo palo de vida, chupamiel y copalchí en medio litro agua hervida, un vaso después de cada comida fue como un milagro para mí...”[E9], “...hace dos meses empecé a comer esa sábila, eso me ha aliviado, me quitó la orinadera, me quitó la sed, me he sentido buenísimo...”[E10], se configura a través de los discursos una eficacia simbólica curativa valorada a través de la voz del otro, resignificada en un laboratorio clínico y con una tradición cultural en el manejo de la herbolaria. Así de esta forma el sincretismo curativo para el control de la DMT2 es parte de esta comunidad kaqchikel.

La coexistencia de diversos modelos de atención ofrece alternativas de tratamiento disponibles que se articulan, incorporándose elementos de cada uno en las prácticas de la vida cotidiana de los pacientes, conformando una “hibridación dinámica de las prácticas” (Langdon & Prado, 2018). Preparados como té, licuados, mezclas con alcohol y fragmentos de plantas entre las que se incluyen la insulina, hoja de guayaba (morada, ácida o fuerte), mano de león, verbena, ajeno, hoja de limón, nopal, macuy, granada, chichicaste, sábila, palo de jote, palo de vida, copalchí, palo de miel o chupa miel, se utilizan regularmente por sus beneficios al igual que en otros estudios (Cruz-Sánchez & Cruz-Arceo, 2020; García-Reza et al., 2014), a los que atribuyen los pacientes interpretaciones de bienestar. Una de las más utilizadas es la planta insulina “...tomo agua de monte insulina, el monte insulina es bueno dicen...” [E3] “...para defenderme tomo lo natural, el monte insulina para la diabetes calma la enfermedad...” [6], esta planta conocida localmente y recomendada por sus efectos, se cultiva en los patios y jardines de las viviendas, al igual que otra variedad de plantas medicinales.

Figura 12

*Planta Insulina, cultivada localmente en jardines familiares*



Fuente: imagen propia. Fotografías tomadas por la investigadora, Sumpango, marzo 2021.

Se evidencia de esta forma, el sincretismo en la búsqueda del alivio de la DMT2 como parte de un proceso terapéutico a lo largo del tiempo.

- **Oraciones y peticiones**

En esta comunidad indígena en la que predominan la religión católica y evangélica, se expresan reiteradamente frases de invocación en las que los pacientes depositan el control de su vida y de su enfermedad en el “poder divino” mediante plegarias y oraciones. Estas adoptan dos tonos distintivos, uno de exigencia activa y otro más pasivo.

Figura 13

*Representaciones sociales-atención complementaria: oraciones y peticiones*



Fuente: elaboración propia

El primero reúne expresiones como, “...*me pongo a clamar a Dios que controle mi vida...*” [E3, E7,E9], “...*yo pido a la madre Santísima que me que me ayude con esta enfermedad...* [E5]”, “...*he orado por la enfermedad y le he pedido a Dios...*” [E8,10], en estas se declaran peticiones específicas de ayuda que denotan una relación más estrecha con Dios y una convicción de ser escuchados.

El segundo “...*confió en Dios nada más, qué más nos queda...* [E6]”, “...*hablo con el ser supremo (...) confío en el señor el Dios todopoderoso...*” [E11,E10], demuestra un rol pasivo, distante y respetuoso en el que se deposita la confianza en Dios sin una petición concreta en que parece bastar la fe y creer en Él para ser receptores de su ayuda.

En ambos casos, se demuestra la movilización por los pacientes, de recursos espirituales a través de mecanismos insertos en su sistema de creencias y valores que actúan en forma positiva y le permiten enfrentar de manera eficaz y tolerable el sufrimiento en situaciones negativas o estresantes, como las que implica vivir con DMT2.

Las plegarias u oraciones invocan al “*poder divino*” como representación del control de la vida y los resultados de salud de los pacientes, trascendiendo explicaciones sobre la eficacia terapéutica. Es ahí donde subyace la fe a una religión (Strasser, 2014) como operadora de toda sanación.

Figura 14  
*Altar religioso de informante católico*

*E1*



Fuente: propia, fotografías tomadas por la investigadora, Sumpango, marzo 2021.

Figura 15  
*Imágenes religiosas de informantes católicos*

E5



E10



Fuente: propia, fotografías tomadas por la investigadora, Sumpango, marzo 2021.

Las creencias religiosas adquieren peso en el posicionamiento ante el tratamiento y la medicación, las cuales se expresan en dos sentidos: la práctica de la “fe” y el “rechazo a los medicamentos”. Desde una dimensión espiritual, la “fe” como operadora de toda sanación se sobrepone al efecto terapéutico de los medicamentos y en ausencia de respuesta sanadora, es cuestionada la *fe* del paciente, “...mi esposo me dice, ¡Ay! confiemos en Dios, pedí mucho a Dios. Yo sé que para Dios no hay cosa difícil, no hay cosa imposible. Pero me dice que tengo muy poca fe. Sí de veras digo yo, ¡Qué voy a hacer pues! si no tomo las pastillas ya rápido me sube el azúcar, ya tengo molestias, me da dolor de cabeza, me siento mareada. Así le digo a mi esposo...” [E3].

De esta manera se produce una tensión entre los significados de control y alivio de los síntomas por efecto de los medicamentos según la experiencia del paciente, y la RS de Dios como agente sanador de la enfermedad, creando conflictos entre creencias religiosas y experiencias. En este sentido, subyace la creencia de que solo por intervención de Dios o de un milagro es posible la curación de la diabetes o su control como estado equivalente (Torres-López et al., 2005).

- **Dieta**

Desde la perspectiva del paciente, las prácticas relacionadas con la dieta para el control de la diabetes se enfocan mayormente en las restricciones de lo dulce y las tortillas.

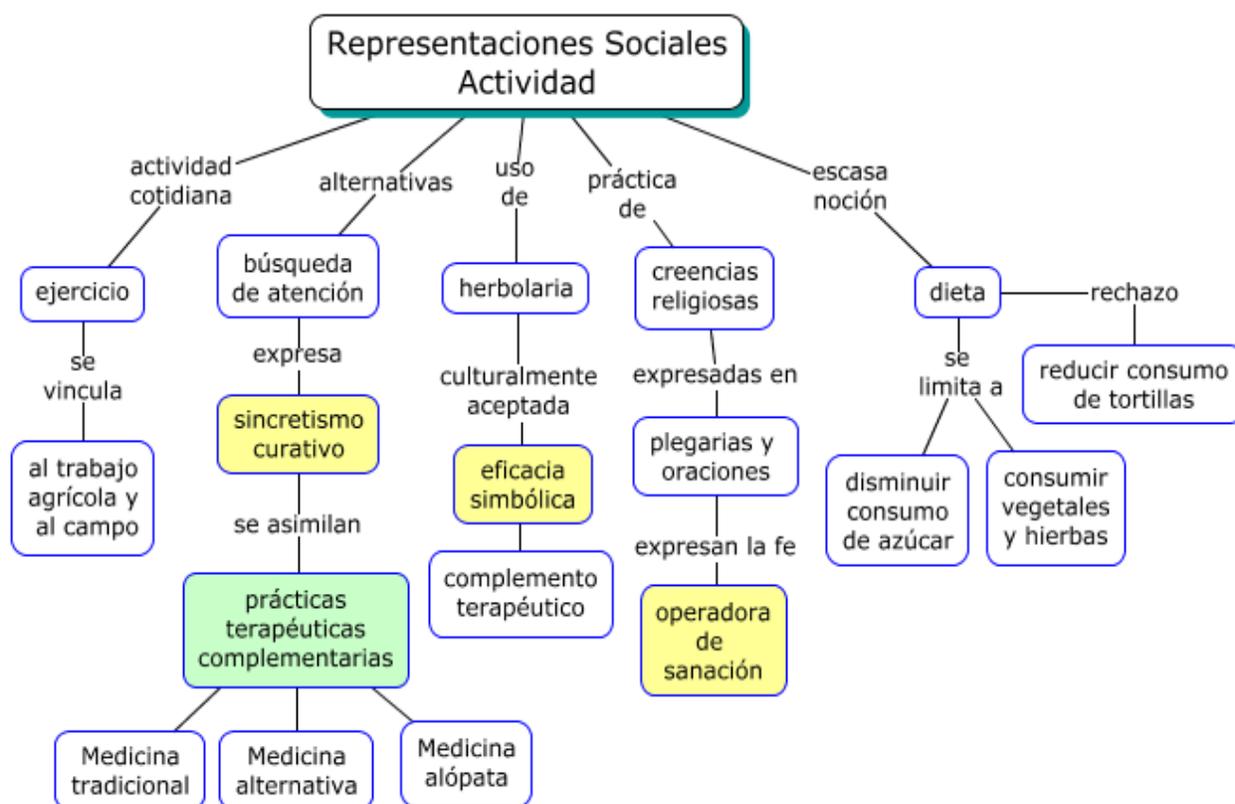
En el primer caso, los discursos se resumen en “...no como dulce porque si no se me sube el azúcar...”[E3][E5][E8], “...tomo mi café sin azúcar...”[E11], *no mucho como pan duce...*” [E12], “...hago un esfuerzo para quitar todo, azúcar, gaseosas (...) como bastante hierba, bledo, chipilín, verdura y todo eso me ha ayudado bastante ...”[E7,E3,12]. Si bien se vislumbran esfuerzos en cumplir las pautas de una dieta para el control de la diabetes, estos se dirigen a reducir precisamente aquello que está al centro de la representación de la diabetes: lo dulce y del azúcar (López-Amador & Ocampo-Barrio, 2007), sin una noción clara de la alimentación balanceada acorde a su morbilidad.

En el segundo caso, los discursos señalaron reiteradamente la reducción del consumo de tortillas (producto elaborado a base de maíz molido), la cual constituye una de las recomendaciones dietéticas en la consulta médica para el control de la DMT2. Esta recomendación evidenció contradicciones respecto a sus propias concepciones. Aunque los pacientes reconocen intentar implementarla con frecuencia, admiten no ponerla en práctica, especialmente los hombres, “...como uno es agricultor gasta fuerza, gasta energía en el campo está acostumbrado a comer tortillas entonces, la hierba no supe la tortilla, siempre me da hambre...”[E10] “...dos tortillas a mí no me alcanzan, yo como seis a cinco tortillas cada tiempo de comida (...) voy al monte ya me da hambre...”[E8].

Según la cultura alimentaria local, consumir tortilla en grandes cantidades responde a la alta demanda calórica que requiere el trabajo agrícola. Por su contenido calórico entre 100 y 200 kcal por 100 gramos para un consumo diario estimado de 300 gr provee hasta un 59% de la ingesta calórica diaria (González-Pellecer, 2005).

Es por ello por lo que su restricción se interpreta como incompatible para sus necesidades. Por otro lado, implica un rompimiento de su cultura e identidad por ser un elemento básico en la alimentación de los kaqchikeles y de los pueblos mayas desde el tiempo prehispánico, así como por la relevancia simbólica del maíz, presente en creencias y rituales dentro de su cosmovisión (Terán & Rasmussen, 2009; Leyva-Trinidad, Pérez-Vázquez, Bezerra da Costa, & Formighieri-Giordani, 2020). A continuación, se resume la categoría y subcategorías de la RS Actividad en la figura 15.

Figura 16  
*Representaciones sociales de actividad*



Fuente: elaboración propia.



Este mecanismo se fundamenta en la experiencia empírica compartida en el grupo de pacientes, quienes establecen la relación entre emociones y elevación del “azúcar”. Los relatos se refieren con frecuencia al control del enojo y el desánimo, “...a la mayoría de personas con que he platicado con este problema, las emociones les ha afectado mucho (...) un señor que ya lleva como unos veinticinco años con diabetes me dijo, vos tratá de no enojarte porque el enojo hace que se le eleve a uno el azúcar, yo lo he comprobado. Las emociones sí hay que tratar de controlarlas me decía porque me he dado cuenta cuando me enojo se me sube el azúcar (...) yo en mi mente digo voy a estar tranquilo...” [E9], “...si uno se decae dice ya no hay medicina, se va uno a la tumba. Pero si la mente es positiva dice ¡voy a salir adelante!...”[E10]. “...es mejor no poner atención a la preocupación porque la preocupación nos da molestia al cuerpo, se sube el azúcar...” [E11]. A partir de experiencias como estas, las emociones negativas se resignifican como causa del descontrol de la DMT2 y no solo como el origen del padecimiento.

La RS de la DMT2 reúne elementos negativos donde lo subjetivo y lo emocional tiene gran relevancia (Torres-López et al., 2005) y representan un problema de la vida cotidiana que requiere mecanismos eficaces para su control. En estas expresiones del “conocimiento de sentido común” construido en el colectivo y compartido en las comunicaciones del grupo social, se plantea el control mental como recurso para la contención de la enfermedad y la estabilidad de la glucemia (Hirsch & Alonso, 2020; García de Alba et al., 2006). Es así como este adquiere sentido social con propósito positivo desde su propia valoración subjetiva sustentada en la vivencia cotidiana con el padecimiento.

### **- Prácticas terapéuticas**

Las *Prácticas terapéuticas* se asocian a significados que se expresan en tres sentidos: los beneficios de los hipoglucemiantes, razonamientos para su utilización y el equilibrio “frío-caliente”.

Figura 18  
 Representaciones sociales de propósito – prácticas terapéuticas



Fuente: elaboración propia.

El primero remite a los beneficios percibidos por el consumo de hipoglucemiantes como: el alivio, ayuda bastante, control del azúcar, me calma, estoy pasándola bien, me motiva a estar saludable. Los pacientes reconocen el efecto de los medicamentos a los que asocia una condición de estabilidad que se refleja en un estado físico y emocional de alivio y estar saludable, “...la pastilla metformina me alivia, me está ayudando...” [E1], “... con las pastillas metformina y glibenclámida me controlo el azúcar...” [E3], “...me dieron mi tratamiento, pastillas y con eso me calma, ahí estoy pasándola bien...”[E5], “...hacer el tratamiento, las pastillas me motiva estar saludable...”[E10]. El beneficio de las pastillas se constata cuando al dejar de tomarlas, se experimenta el reaparecimiento de síntomas, “...si yo no tomo las pastillas rápido me sube el azúcar ya me molesta me da dolor de cabeza, me siento mareada...” [E3], “... cuando no tomo

*las pastillas, ahí si me pongo yo alterado...”[E8]*, se resignifica de esta manera el tratamiento farmacológico como recurso que permite la continuidad de la vida cotidiana.

El segundo se centra en razonamientos basados en la experiencia con el padecimiento que definen la práctica terapéutica a base de *pastillas* (hipoglucemiantes), “...*me dijeron usted es diabético porque tu azúcar está alto me dijo, tiene 306. De verdad, pero no he sentido un malestar dije (...) me dieron mi puño de pastillas, solo como 15 días lo tomé...”[E12]*, “...*se me quitaron todos los síntomas, ya no sentía nada (...) dije yo de repente ya está normal por eso digo me confié, entonces dejé de tomar un poco las pastillas y el agüita, fue el error se me volvió a descontrolar otra vez, yo mismo decidí volver a tomar pastilla...”[E9]*, los discursos develan que el consumo de *pastillas* obedece a la presencia de malestares o síntomas (Silva, Hegadoren, & Lasiuk, 2012) como elementos centrales de la RS de la DMT2 y en función de ello, se decide suspender o continuar la medicación.

Se evidencia así el desarrollo de estrategias propias de tratamiento las cuales generalmente no son expresadas en la consulta por temor a ser criticados o regañados (García-Reza et al., 2014). Así mismo, se constata que, al tratarse de un padecimiento, las RS llevan a los pacientes a tomar postura ante su enfermedad y a la forma en que debe ser manejada y atendida (García de Alba et al., 2006).

El tercer aspecto se refiere a concepciones mayas que vinculan la medicina química, *pastillas*, con un desequilibrio “frío-caliente” (Chávez, 2011; ASECSA, 2017) “...*me dicen que trate de buscar algo natural que le ayude porque eso va a acompañado de un poco caliente un poquito frío, lo químico es lo más caliente que hay porque después de un mes, dos meses a algunos les provoca dolores. Entonces siempre tratar de buscar algún método natural que le ayude por lo menos, que no le afecte tanto las pastillas y que los dos vayan como que ayudándote y esté en un equilibrio...”[E9]*. Los atributos *frío* o *caliente* se asocian a una especie de "energía" o propiedades de objetos, alimentos y medicinas, y no a su temperatura. La medicina química (*pastillas*) se considera *caliente* mientras la medicina natural se considera inocua y al combinarla con medicina química contrarresta dicho efecto y restituye el equilibrio del cuerpo (Mosquera, 2007).

La noción simbólica de *lo frío* y *lo caliente* actúa como principio estructurante de las RS de *salud-enfermedad-atención* del colectivo y remite al sentido de dualidad en que los pueblos mayas conciben el mundo. Se expresa en prácticas curativas que responden a una “*lógica de lo contrario*”, “...*pastillas y lo natural ayuda bastante...*” [E7], “...*tomaba la pastilla y un vasito de esa agüita de monte natural...*” [E9], estas aportan creencias y elementos culturales a las RS y prácticas terapéuticas desde la cosmovisión maya y de otros pueblos de Mesoamérica (Lorente, 2012).

#### 4. Categoría Normas y Valores

Esta categoría representa lo que el individuo considera como bueno o malo, correcto o erróneo en torno a la DMT2 y lo que en las propias acciones y propósitos se trata de respetar o de alcanzar. Aquí se asocian significados en dos dimensiones en estrecha relación: los *hábitos alimentarios* y la *percepción corporal* respecto al peso.



declaraciones asociadas al cumplimiento de la dieta, los cuales denotan un rechazo el cambio de hábitos alimentarios culturalmente arraigados (García de Alba et al., 2006).

Expresiones similares son evocadas por las recomendaciones en los tiempos prandiales, “...*me decía la doctora usted tiene que comer cinco veces pero, como yo no estoy acostumbrado, solo desayuno, almuerzo y cena; refacción no acostumbro, ¡solo yo no refaccio!...*” [E10]. Los tiempos prandiales se integran dentro de las prácticas culturales asociadas a la alimentación en las que se conciben tres tiempos de comida. Estos representan momentos de interacción con el núcleo de convivencia familiar, con lo que adquieren sentido como práctica social (Rodríguez et al., 2014).

La inclusión de nuevos tiempos prandiales (“refacciones”) para fines de control de la diabetes, desligados del sentido social, provocan un rechazo en su adopción como se lee en la declaración: “...*¡solo yo no refaccio!...*”. Ello explica en cierta medida que las prácticas alimentarias no concuerdan con las recomendaciones médicas de carácter universal ya que están mediadas por la cultura y el contexto social en el que se construyen las RS de la dieta.

La segunda dimensión se enfoca a la percepción corporal ligada al peso “...*le dije a mi esposa, dicen que estoy obeso, ¡qué vas a estar obeso! puro esqueleto estás me dijo...*” [E10], “...*me dicen unas personas te rebajaste de peso te enfermaste, parece que estás muy pálida, muy delgada...*[E6], “...*las personas dicen adelgazó bastante, lo miran a uno como que no está bien...*” [E7], “...*muchos me dicen ¿Qué tal esta? pues regular por la gracia de Dios. Y porqué regular me dicen, si yo lo miro gordo a usted, usted no está regular, usted está bien...*” [E8], las valoraciones que emiten los discursos denotan una construcción simbólica de la imagen corporal en el contexto social y cultural en el que un cuerpo delgado se asocia a debilidad o enfermedad mientras un cuerpo rollizo significa salud y bienestar en antagonismo a las concepciones del enfoque biomédico.

En la comunidad kaqchikel de Sumpango, al igual que en otros pueblos mayas, las RS de la imagen corporal parecen remitir a procesos históricos de privaciones, explotación y marginación desde la invasión española que imprimieron en el imaginario de este pueblo, una autoimagen de cuerpos



En el primero se asocia al apoyo familiar, los discursos “mis hijos, mi esposo/a se preocupan por mí, me apoyan”, se contextualizan en el ámbito familiar y se dirigen al cuidado y a la protección sin pretender la subyugación o el control del paciente. Muestra de ello es el siguiente testimonio, “...*la familia cuando me miran tomar algo, me dice que no debo tomar, con las tortillas igual, hay apoyo en ese lado, para mí es apoyo no es represión...*” [E10], las intervenciones familiares fueron interpretadas como expresiones de apoyo que motivaron a los pacientes a realizar las acciones terapéuticas. En torno a la familia como actor fundamental de soporte, se construyen RS de apoyo familiar con significados de afecto, comprensión e inclusión, o bien el interés y acompañamiento al paciente según la perspectiva de la familia en contraste con el control excesivo que restringe la autonomía, reportado en otros estudios (Juárez-Ramírez et al., 2015; Santos et al., 2011; Rodríguez et al., 2014).

El segundo aspecto muestra interacciones familiares donde resalta el rol de los hijos en las decisiones sobre el tratamiento y la búsqueda de atención, “...mis hijos se preocupan por mí, me apoyan...”[E6], “...*mi hija está pendiente de mí, me dice que tome mi pastilla, entonces yo la tomo...*”[E5][E1], “...*mis hijos se preocupan cuando se altera el azúcar, cuando me siento más mal ellos deciden y me llevan con doctor, pagan la medicina y el tratamiento...*”[E11][E3].

Según estos relatos, la familia y especialmente los hijos constituyen actores significativos que se involucran en las decisiones sobre el tratamiento, las que están ligadas al compromiso con la salud de los pacientes y a sufragar los gastos derivados de la enfermedad. Cabe señalar que la mayoría de los pacientes tienen hijos mayores que perciben ingresos, algunos han conformado sus propias familias y conviven con los pacientes, siendo estos quienes más apoyo les brindan. De esa manera se refleja en estos grupos familiares una cohesión y convivencia social basada en el ejercicio de valores como la solidaridad, la responsabilidad compartida y el respeto que caracterizan la crianza de los hijos en el pueblo maya kaqchikel (Nuñez, 1998).

El tercer aspecto aborda las decisiones sobre el tratamiento en la práctica cotidiana “...*yo decido lo que hago, solo la pastilla y un vaso de agua tomo...*” [E1], “...*solo yo misma me pongo a tratarme a tomar mi pastilla, mi medicina (...) cuando yo quiero, coso mi monte y así empiezo a tomar...*”[E3], “...*yo me controlo sola, así como me lo indican. Yo sola me tengo que controlar*

*porque uno tiene que estar al día con su medicina...”[E7], “...yo mismo tomo mi decisión...”[E8], “Yo mismo decidí volver a tomar pastillas...”[E9], “...yo decido hacer la dieta, no consumir nada de azúcar...”[E11], “...yo tengo que hacerle frente y hay que estar en tratamiento...”[E12], se denota en los discursos un sentido de *autonomía* y poder de los pacientes sobre sus decisiones cotidianas respecto al tratamiento en congruencia con la categoría de sujetos “proactivos” (García de Alba et al., 2006) en el control de la DMT2.*

## 6. Categoría Pandemia COVID

Los pacientes utilizaron los términos “la enfermedad”, “la pandemia” o “el COVID” para referirse a la pandemia, respecto a la cual expresaron temores, incertidumbre e implicaciones en actividades de la vida cotidiana.

Respecto a la categoría de Identidad, las expresiones de temor a contagiarse de “la enfermedad” [COVID] como muchos la nombraron, se asociaron a la relación que establecieron con la propia vulnerabilidad biológica debido a las “bajas defensas” por padecer de diabetes, “...como dicen que uno es diabético es malo, le da temor o le da miedo a uno. Dicen que es malo porque uno tiene pocas defensas, así cuentan...” [E3], “...por eso del azúcar estamos propensos pues a contagiarnos de esa enfermedad que ahorita está atacando. Nosotros, los diabéticos estamos más delicados...” [E7], esta doble percepción de vulnerabilidad, ante el COVID y por su padecimiento, reconfigura la identidad del paciente la cual se asocia a un estado de estrés psicológico adicional al que implica vivir con la diabetes (Garay-Sevilla, 2006).

En relación con la categoría Actividad, a lo anterior se agregan limitaciones para realizar actividades asociadas al control de la diabetes, especialmente a la búsqueda de atención. Los discursos hacen referencia a expresiones de “temor de acudir al centro de salud” por la posibilidad de contagiarse y/o de no ser atendidos debido a la prioridad en las acciones para dar respuesta a la emergencia del COVID “...por la enfermedad (Covid) ya no fui al centro de salud...” [E1]. Sus percepciones respecto a la atención se fundaron en hechos como la suspensión de reuniones del Club de Diabetes, la escasez de consultantes y la desinformación por la población respecto a las

nuevas disposiciones en el proceso de atención de morbilidades distintas al COVID. Esto los llevó a considerar que el centro de salud “*se había olvidado de la gente.*”

Ante la necesidad de tratamiento y el gasto insostenible de adquirir medicamentos en farmacias privadas, los pacientes gestionaron su atención especialmente en el CAP, procurando alternativas de menor riesgo como el mayor espaciamiento de sus citas “*...le pedí favor a la doctora que me diera medicina para dos meses. Por lo mismo de la pandemia me estoy cuidando para no bajar [ir al CAP] a cada rato. Vaya me dijo, le voy a dejar...*” [E7] adoptaron así mismo, medidas respectivas de prevención entre las que se mencionaron el *uso de mascarilla, aplicación de gel y lavado de manos con jabón.*

Se valoró la continuidad de la medicación [con hipoglucemiantes orales] la que se resignifica como recurso de protección para reducir la vulnerabilidad al COVID, además de sus efectos en el alivio de síntomas y el control de la DMT2, lo que remite a la categoría Propósito. Debido al cierre de las iglesias, la pandemia impactó las prácticas religiosas vinculadas con sus creencias y con sus normas y valores con las que consiguen afrontar mejor su padecimiento, “*...como ahora está “la enfermedad” no hay reunión ni misa. Yo quisiera ir, pero no hay. No hay nada...*” [E1]. En esta misma dimensión de las Normas y Valores, el confinamiento como medida de contención de la pandemia desvinculó temporalmente a los pacientes del contacto con el campo ligado a su identidad y a los valores del pueblo maya, acentuando los efectos emocionales en perjuicio del control de la diabetes “*...yo sin la naturaleza sin la agricultura me moriría, como uno ahí ha crecido pues, esa es mi vida...*” [E10].

El contexto de la pandemia propició relaciones influyentes de poder en el entorno familiar dentro de la categoría Posición y Relación. Al asociar los discursos como, “*...no te vas a ir porque sos diabética, mejor quédate en la casa...*” [E1], “*...los patojos me dicen ¡está más fuerte dice papa! ¡no salgás! si no hay necesidad estate en casa...*” [E10], se expresa la subyugación del paciente a las decisiones de los hijos, quienes temporalmente impusieron restricciones para acudir al centro de salud, al campo o a espacios públicos por temor al contagio.

La percepción de riesgo fundada en la información de que el coronavirus representa mayor peligro para ciertos grupos como, por ejemplo, personas con enfermedades crónicas y ancianos (Romero-Starke et al., 2020), estuvo al centro de las preocupaciones por la salud de los seres queridos (Valero, Vélez, Durán, & Portillo, 2020). Sin embargo, los pacientes adoptaron las medidas respectivas de prevención y continuaron sus labores cotidianas, “...yo como soy del campo salgo a hacer lo que tengo...” [E10], “...ahora, si voy a la calle uso mascarilla para que uno no se contagie de la enfermedad...”[E5] “...uso mascarilla, también gel y me lavo con jabón, uno mismo se tiene que cuidar, hoy ya se me quitó el temor me voy en la calle libre ...”[E3], la necesidad de continuar con sus actividades cotidianas y agrícolas como medio de vida y como una dimensión central de su identidad, motivó a los pacientes a sobreponerse a las medidas restrictivas impuestas por los hijos, y a sus propios temores, aplicando las medidas respectivas de prevención.

## Conclusiones

Esta investigación abre nuevas rutas de análisis de la DMT2 como problema de salud pública, en este caso en una población maya kaqchikel, al abordar este problema a través de una teoría social del tipo Representaciones Sociales, en la que se rescata la realidad social del otro y la pureza de los entramados socioculturales en relación a su vida misma con la enfermedad.

La descripción y el análisis de las representaciones Sociales de la DMT2 en las categorías establecidas, contribuyó a develar relaciones entre sociedad, cultura, valores, aspectos psicosociales y acciones en torno a la diabetes, con lo cual se obtuvo mayor comprensión colectiva de los significados de la enfermedad.

Respecto al componente de la estructura de las representaciones sociales de la DMT2 en la comunidad maya kaqchikel, esquematizadas mediante Iramuteq, podemos describir que la diabetes guarda una relación directa a un núcleo con enfermedad, dios, malestar, azúcar, vivir, familia, enojo, trabajar y asistencia en salud –medico/doctor-, y una periferia muy marcada con sobrevivir, medicamento, luchar, recuperar, funcionar, esperar y decaer. Podemos de esta forma hacer una construcción en torno a que estas representaciones sociales nos invitan a la reflexión en torno a la esfera emocional, la eficacia simbólica depositada en la religión, las variantes de los modelos curativo-biomédico, herbolaria, entre otros, los que constituyen elementos de análisis en la búsqueda de espacios de entendimiento entre la Salud Pública y las comunidades indígenas.

Es así que esta investigación nos muestra diferentes niveles, que configuran las RS de la DMT2:

1. Podemos mencionar en un primer nivel a la esfera emocional, la cual constituye un aspecto medular en la experiencia del padecimiento donde el sufrimiento, la tristeza, la anomia social y un sistema biomédico curativo, construyen la identidad de una enfermedad crónica, la cual somete a través de la experiencia individual y colectiva, e implica convivir con sus significados estigmatizantes, asociados a ineficacia, fracaso, debilidad, y sentimientos de “no normalidad” que imponen límites a actividades de la vida cotidiana del paciente, intensifican el sufrimiento y desestabilizan su “buen vivir”, esta es un área de oportunidad, contar con un profesional del área

de la psicología, trabajo social, educador para la salud en las Unidades Médicas de Atención Primaria, ayudaría a contrarrestar estas ideas de pulsión de muerte asociadas a la DMT2.

2. En un segundo nivel, encontramos a las RS en torno a la actividad, la cual se configura a través del ejercicio integrado a la rutina cotidiana del trabajo agrícola, se resignifica por sus beneficios en el control de la DMT2 y la liberación del estrés psicológico que implica vivir con la enfermedad, además encontramos, la búsqueda de diversas formas de atención curativa por parte de los pacientes, los cuales acuden de manera alterna o simultánea a diferentes establecimientos médicos oficiales o del tipo de medicina no oficial –curanderismo- , esto denota un sincretismo curativo en torno a la DMT2 al asimilar saberes y prácticas ligadas a cosmovisiones curativas complementarias en las que encuentran explicaciones a los padecimientos y su interpretación práctica donde se generan eficacias simbólicas en las que prevalece una tradición cultural basada en la medicina tradicional, la medicina alternativa y la medicina alópata, donde además las creencias religiosas demuestran tensiones al cuestionarse la fe en Dios como operadora de sanación frente al efecto de los medicamentos en el alivio de los síntomas según la experiencia de los pacientes, exponiendo un escenario simbólico real de lucha y conflicto.

Estos discursos muestran otra área de oportunidad para la Salud Pública, al incorporar y fortalecer modelos de Salud Intercultural -enfermeros/as o médicos/as interculturales-, los cuales podrían apropiar los conocimientos respecto a los procesos de salud-enfermedad-cuidado-muerte de las comunidades indígenas, y practicar un proceso curativo en cuatro esferas: medicina acupuntura, medicina tradicional guatemalteca, psicosomática y medicina tradicional china/ayurvédica, desde un enfoque de participación comunitaria, interculturalidad, integralidad e intersectorialidad, con lo cual la salud pública engrandecería aún más los modelos curativos de las poblaciones desde una mirada del otro.

3. En un tercer nivel, la dieta se construye a través de los discursos como un elemento para el control de la DMT2, lo que evidenció resistencia a restricciones del consumo de alimentos por su valor simbólico en la cultura alimentaria local o por considerarse satisfactores de la demanda calórica que el trabajo agrícola requiere, con el consecuente rompimiento cultural y social con la dieta común o dieta preferida. Es así que la dieta debe ser un elemento simbólico cargado de

identidad, patrimonio cultural y reproducción social, la recomendación es agregar el valor de la antropología de la nutrición a la salud pública, para que, de esta manera se puedan ofrecer recomendaciones dietéticas apegadas a la región en problema, y de esta manera tener herramientas en eje de cambio social apegados a respuestas dietéticas hacia programas de enfermedades crónicas no degenerativas, y no caer en las restricciones del pasado como prioridad en salud pública.

4. En un cuarto nivel se plantean mecanismos de afrontamiento en la vida cotidiana desde dos ámbitos. En el ámbito subjetivo, se plantea el control emocional cimentado en el “conocimiento de sentido común” y en la experiencia empírica del colectivo, para disminuir los efectos negativos de las emociones. tanto en la DMT2 como en la salud mental de los pacientes; lo que denota la importancia de conocer y aplicar estrategias efectivas de apoyo psicológico en el contexto comunitario maya kaqchikel, en el que este tipo de apoyo se percibe como una necesidad y señala un punto de convergencia con los servicios de salud para brindar atención psicológica, que involucre a pacientes y familiares en acciones de consejería y terapias dentro de un abordaje integral del problema.

En el ámbito de las prácticas terapéuticas, el uso de hipoglucemiantes se valora por el alivio de síntomas de diabetes, aunque se atribuye a ellos la pérdida del “equilibrio frío-caliente”, según las concepciones de la medicina tradicional. Para su restablecimiento, se adoptan mecanismos de afrontamiento basados en la herbolaria. Estas significaciones precisan ser comprendidas desde un enfoque intercultural que incorpore el valor de las prácticas tradicionales cuya eficacia simbólica curativa se conjugue con los beneficios de la medicina alopática.

5. En un quinto nivel, se observó la influencia del fenómeno de la pandemia COVID 19, las asociaciones discursivas muestran dos resignificaciones: la primera, por *una* doble percepción de vulnerabilidad al padecer DMT2 y por el riesgo de contraer COVID provocando un estado de estrés psicológico adicional al que implica vivir con la DMT2; la segunda, la búsqueda de atención médica para el control de la DMT2 la cual se redujo por temor al contagio; estos dos discursos enmarcan una propiedad al paciente que padece DMT2, la vulnerabilidad de riesgo por el hecho de vivir y sobrevivir en una época de pandemia del tipo COVID-19, esta connotación condicionó también la pérdida de la autonomía en la toma de decisiones en salud, pues muchas de estas fueron

dictadas por sus familiares directos, esposos/as, hijos/as entre otros, al no permitirles acudir a clínicas, o con médicos y/o curanderos. Al parecer la autonomía y la vulnerabilidad de riesgo del que padece, debe ser un tema muy importante para la salud pública, pues aquí se enmarcan derechos humanos que caminan entre lo bioético.

En esta investigación, el aporte metodológico en el estudio de las RS de la diabetes presenta una ruta de abordaje para este problema de salud pública el cual puede ser aplicado en futuras investigaciones sobre el tema, con el fin de producir y enriquecer la evidencia científica desde la experiencia del que padece, para fundamentar políticas e intervenciones en el control efectivo de la diabetes en colectivos indígenas e incluso para prevenir su desarrollo en la población.

## Recomendaciones

Tomando en cuenta los resultados presentados, se exponen algunas recomendaciones en el ámbito de la investigación, así como de intervenciones para el abordaje de la DMT2 desde la salud pública: A partir del presente estudio, se abren nuevas interrogantes para explorar la construcción de significados en torno a la diabetes por otros actores relevantes que influyen en el proceso salud-enfermedad-atención en el entorno de comunidades indígenas, en especial el personal de salud, los terapeutas de la medicina tradicional y alternativa. Así mismo, investigar las RS de la diabetes y sus prácticas en los diferentes pueblos indígenas en Guatemala, en los que podrían encontrarse similitudes y diferencias respecto a los hallazgos del presente estudio, los cuales vale la pena identificar y comprender a fin de proponer estrategias de intervención diferenciadas desde un enfoque intercultural en las que además, se incorpore el valor de las prácticas tradicionales cuya eficacia simbólica curativa se conjugue con los beneficios de la medicina alopática.

A continuación, se elaboran recomendaciones de manera más puntual, indicando actores sociales, institucionales y/o individuales que podrían involucrarse considerando su ámbito de acción.

A actores individuales, organizaciones o instituciones gubernamentales y no gubernamentales, de la comunidad, académicas, entre otras, que asumen un rol en el escenario político social:

1. Formular e impulsar políticas para el abordaje de la DMT2 y las enfermedades crónicas en general con enfoque intercultural y con participación intersectorial e interdisciplinaria.

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala:

2. Desarrollar un modelo de salud intercultural y fortalecer sus estrategias con apoyo de disciplinas como: la salud colectiva, medicina intercultural, sociología, antropología y psicología social que contribuyan a reconocer los saberes, normas, valores y prácticas relacionadas con la DMT2, cuyos significados construidos en la comunidad indígena influyen en el proceso salud-enfermedad-atención; por lo que las intervenciones, programas métodos y técnicas de atención de la DMT2 deben adecuarse a la cultura de los pacientes e incorporar estos aspectos para incidir en forma más efectiva sobre el problema, materializando los planteamientos de la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e

Interculturalidad y su reglamento, en el marco de la estructura institucional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.

3. Sensibilizar al personal de salud sobre la importancia de conocer los significados de la DMT2 por los pacientes para comprender sus prácticas respecto a la enfermedad en especial aquellas que entran en contradicción con las recomendaciones médicas prescritas para el control de la DMT2, como la dieta y la reducción de peso; así mismo, promover las prácticas favorables y los beneficios terapéuticos simbólicos y no simbólicos de los diferentes sistemas médicos que operan localmente, respetando y manteniendo la diversidad.

A directores / Coordinadores de establecimientos del segundo nivel de atención, en cumplimiento del Modelo de Atención de Enfermedades Crónicas del MSPAS:

4. Fortalecer el apoyo psicológico y el acompañamiento psicosocial de los pacientes con DMT2 en el diagnóstico y durante la evolución del padecimiento, conformando un equipo profesional en el área de psicología, trabajo social y educador para la salud en el CAP y centros de salud; que provea herramientas de afrontamiento para el control emocional, complementándose con un plan de educación que permita a los pacientes aclarar sus dudas y construir conocimientos sobre la DMT2, su prevención, atención y el propósito de intervenciones y recomendaciones para el control de la diabetes.
5. Incorporar a los servicios de salud en particular a atención de la DMT2, enfermeros/as y médicos/as indígenas y actores en salud residentes en la comunidad, conocedores de la cultura y el idioma local, capacitados para ejercer un rol articulador entre la institución y las comunidades en el cuidado y la atención de los pacientes.

Al MSPAS / Departamento de Promoción y Educación en Salud – PROEDUSA:

6. Implementar un programa de educación del personal de salud aplicando metodologías activas, utilizando material contextualizado y validado que incluya temas sobre:
  - Cultura e interculturalidad, identidad, alteridad.
  - Modelos médicos, concepciones y prácticas de salud-enfermedad-atención.
  - Un eje de bioética donde se aborde el derecho a la salud y la importancia del respeto a concepciones y prácticas locales en salud-enfermedad-atención, así como la empatía en la relación entre el personal de salud y los pacientes.

Al MSPAS, SIAS, PROEDUSA, directores / Coordinadores de establecimientos de la red de servicios de salud del MSPAS:

7. Fortalecer el Club de Diabetes como espacio de interacción, discusión, intercambio de saberes y prácticas, construcción de identidad y representaciones sociales de DMT2 al que se integre el programa de educación en DMT, aplicando metodologías activas, utilizando material basado en la experiencia de pacientes diabéticos en el idioma local y terminología comprensible para su nivel de educación; que contribuya a su aprendizaje sobre la enfermedad y al desarrollo de competencias en autocuidado de la diabetes, tratamiento farmacológico, prevención de complicaciones, entre otros; en el que se involucre a familiares y actores comunitarios con el propósito de promover el apoyo familiar y social del paciente. Así mismo, promover la conformación de grupos o clubs comunitarios con orientación preventiva como estrategia para la promoción de estilos de vida saludable a nivel familiar y en las diferentes etapas del ciclo de vida que integren y/o complementen las acciones de los programas de atención y actividades extramuros para la atención integral, planteadas en el Modelo de Atención y Gestión en Salud del MSPAS.

Si de veras están interesados, escúchenos; escuchen para inquietarse y para empezar a preguntar, a indagar, a averiguar. Tienen mucho que aprender. A la vez tienen que desaprender la importancia extraordinaria que asignen al YO. No lo negamos, ni lo borramos, pero el YO lo mismo que el TÚ sólo existen gracias a la existencia del NOSOTROS que les da oportunidades de desarrollarse”

Lenkersdorf (2005)

## Referencias bibliográficas

- Abric, J. (2001). Las representaciones sociales: Aspectos teóricos. En J.C. Abric (Ed.), *Prácticas sociales y representaciones* (pp. 11-32). México: Coyoacan.
- Abric, J. (1984). A theoretical and experimental approach to the study of social representations in a situation of interaction. En S. Moscovici (Ed.), *Social Representations* (pp. 169-183). Cambridge: Cambridge University Press.
- Acuerdo Gubernativo del Reglamento de la ley de alimentación escolar 183-2018. Diario de Centro América, (26 de octubre de 2018). Recuperado de <https://sgp.gob.gt/wp-content/uploads/2018/10/AG-183-2018-1.pdf>
- Acuerdo Ministerial, Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad en Guatemala, 1632-2009. Diario de Centro América, (16 de noviembre de 2018). Recuperado de [http://bvs.gt/eblueinfo/ML/ML\\_021.pdf](http://bvs.gt/eblueinfo/ML/ML_021.pdf)
- Aguilar, C.A., Hernández, S., Hernández, M., & Hernández, J.E. (2015). *Acciones para enfrentar la diabetes. Documento de postura*. C.A. Aguilar (Ed.). Mexico: Academia Nacional de Medicina.
- Alfonso, I. (2007). La teoría de las representaciones sociales. *Boletín de Novedades de Psicología Online*, 15(12). Recuperado de <https://dokumen.tips/download/link/alfonzo-perez-ibette-teoria-de-las-representaciones-sociales>
- Arcos-Guzmán, M., & Peña-Mena, K. (2019). Representaciones sociales de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes de Cuautla, México. *Pensamiento Psicológico*, 17(2), 121-134. doi:10.11144/doi:10.11144/Javerianacali.PPSI17-2.rsdm
- Asociación de Servicios Comunitarios de Salud. (2017). *Propuesta para la relación entre la medicina maya y medicina oficial en los distritos de salud*. Guatemala: Autor. Recuperado de <https://asecsaguatemala.org/2018/wp-content/uploads/2019/07/Libro-Medicina-Maya-y-Occidental-reimpresi%C3%B3n.pdf>
- Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2019). *Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con medicina basada en evidencia Edición 2019*. Barcelona: ALAD. Recuperado de [http://www.revistaalad.com/guias/5600AX191\\_guias\\_alad\\_2019.pdf](http://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf)

- Banchs, M. (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales estudio de las representaciones sociales. *Papers on social representations- online journal* 9, 3.1-3.15. Recuperado de [http://www.psr.jku.at/PSR2000/9\\_3Banch.pdf](http://www.psr.jku.at/PSR2000/9_3Banch.pdf)
- Banco Mundial. (2015). *Latinoamérica indígena en el siglo XXI*. Washington, D.C.: Autor. Recuperado el 25 de octubre de 2021, de <https://documents1.worldbank.org/curated/en/541651467999959129/pdf/Latinoam%C3%A9rica-ind%C3%ADgena-en-el-siglo-XXI-primera-d%C3%A9cada.pdf>
- Barcelo, A., Gregg, E. W., Gerzoff, R. B., Wong, R., Perez Flores, E., Ramirez-Zea, M., ... CAMDI Col (2012). Prevalence of diabetes and intermediate hyperglycemia among adults from the first multinational study of noncommunicable diseases in six Central American countries. *Diabetes Care*, 35(4), 738–740. doi:10.2337/dc11-1614
- Bream, K., Breyre, A., Garcia, K., Calgua, E., Chuc, J. M., & Taylor, L. (2018). Diabetes prevalence in rural indigenous Guatemala: A geographic-randomized cross-sectional analysis of risk. *PloS one*, 13(8), e0200434. doi:10.1371/journal.pone.0200434
- Bueno, J., & Mestre F. (2005). Prensa y representaciones sociales de la enfermedad mental. *Intervención Psicosocial*, 14(2), 131-159. <https://journals.copmadrid.org/pi/archivos/98996.pdf>
- Car, G., Eder, K., García, María., & Asociación de Servicios Comunitarios de Salud Guatemala. (2005). *La herencia de las abuelas y abuelos en la medicina indígena maya*. Guatemala: Magna Terra Editores.
- Carethers, J. M. (2020). Insights into disparities observed with COVID-19. *Journal of Internal Medicine*, 289(4), 463-473. doi:10.1111/joim.13199
- Casas, D., Márquez, O., & Rodríguez, A. (2014). Significado de la dieta en pacientes con obesidad. *Ciencia desde el Occidente*, 1(1), 66-73. Recuperado de <https://biblat.unam.mx/hevila/CienciadesdeelOccidente/2014/vol1/no1/8.pdf>
- Castorina, J.A., Posso, A.R., & Barreiro, A.V. (2006). Las representaciones sociales y su horizonte ideológico: Una relación problemática. *Boletín de Psicología*, (86), 7-25. Recuperado de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N86-1.pdf>
- Cerón, A., & Goldstein, G. (2021). Mortalidad por diabetes en Guatemala 2018: patrones e inequidades. *Revista Análisis de la Realidad Nacional, Universidad de San Carlos de*

- Guatemala*, 10(198), 76-98. Recuperado de <http://ipn.usac.edu.gt/wp-content/uploads/2021/02/IPN-RD-198.pdf>
- Chary, A. G. Chary, A., Greiner, M., Bowers, C., & Rohloff, P. (2012). Determining adult type 2 diabetes-related health care needs in an indigenous population in Guatemala: a mixed-methods preliminary study. *BMC Health Services Research*, 12(476), 2-11. doi:10.1186/1472-6963-12-476
- Chávez, M. (2011). Médicos y medicinas en el mundo peninsular maya colonial y decimonónico. *Península*, 6(2), 71-102. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/peni/v6n2/v6n2a4.pdf>
- Chen, D., Rivera, A., González, J., Burt, D., Mendoza-Montano, C., Patrie, J., & Luna, M. (2017). Prevalence of risk factors for noncommunicable diseases in an indigenous community in Santiago Atitlán, Guatemala. *Revista Panamericana de Salud Pública*, e7. doi:10.26633/RPSP.2017.7.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Organización Panamericana de la salud (mayo-junio de 2016). *Hospitales modernos, orígenes. 1ª parte. Aportes de Historia*, 12. (O. M. Hernandez, Ed.) Mexico: Autor. Recuperado de [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin6/hospitales\\_modernos.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin6/hospitales_modernos.pdf)
- Comité de Educación DOTA. (2001). Normas para el desarrollo de programas de educación sobre la diabetes en América. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10(5), 349-353. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2001.v10n5/349-353/es>
- Comité Nacional de Alfabetización. (2019). *Ruta CONALFA 2019-2023. Situación de alfabetización*. Guatemala: Comité Nacional de Alfabetización. Recuperado de [http://www.conalfa.edu.gt/investigaciones/internos/Ruta19\\_23.pdf](http://www.conalfa.edu.gt/investigaciones/internos/Ruta19_23.pdf)
- Consejo Económico y Social. (2020). *Guatemala qué país queremos. Objetivo de desarrollo sostenible 3: salud y bienestar*. Guatemala: Consejo Económico y Social de Guatemala. Recuperado de [https://ces.gob.gt/wp-content/uploads/2020/09/Folleto\\_Tecnico\\_CES\\_ODS\\_3\\_FINAL25-08-2020\\_compressed.pdf](https://ces.gob.gt/wp-content/uploads/2020/09/Folleto_Tecnico_CES_ODS_3_FINAL25-08-2020_compressed.pdf)

- Costa, F., & Coutinho, M. (2018). The construction of the psycho-sociological knowledge on diabetes mellitus. *Psico-USF, Bragança Paulista*, 23(2), 191-201. doi:10.1590/1413-82712018230201
- Cruz-Sánchez, M., & Cruz-Arceo, M. (2020). El significado de la diabetes mellitus entre indígenas chontales de Tabasco, México. *Población y Salud en Mesoamérica*, 18(1), 149-175. doi:10.15517/psm.v18i1.40092
- Cuevas, Y. (2016). Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa. *Cultura y representaciones sociales*, 11(21), 109-140. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/crs/v11n21/2007-8110-crs-11-21-00109.pdf>
- Eroza, E., & Aguilar, R. (2014). La obesidad y el sobrepeso en los altos de Chiapas: sus múltiples paradojas entre los mayas de los Altos de Chiapas. En J. T. Page Pliego. (Coord.). *Enfermedades del rezago y emergentes desde las ciencias sociales y la salud pública* (129-145). Mexico: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Farmer, P. (1994). AIDS-talk and the constitution of cultural models. *Social Science & Medicine*. 38(6), 801-809. doi:10.1016/0277-9536(94)90152-X
- Farr, R. (1983). Escuelas europeas de psicología social: La investigación de representaciones sociales en Francia. *Revista Mexicana de Sociología*, 45(2), 641-658. doi:10.2307/3540263
- Fiquepron, M. (2017). Cuerpos transformados: Representaciones sobre la salud y la enfermedad durante las epidemias de cólera y fiebre amarilla en Buenos Aires (1867-1871). *Revista de Historia Americana y Argentina*, 52(2), 43-66. Recuperado de [https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/75724/CONICET\\_Digital\\_Nro.bc6817b2-618b-4b5a-b279-95130b61f24b\\_X.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/75724/CONICET_Digital_Nro.bc6817b2-618b-4b5a-b279-95130b61f24b_X.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- Flood, D., Hawkins, J., & Rohloff, P. (2019). A home-based diabetes type-2 selfmanagement intervention in rural Guatemala. *Preventing Chronic Disease* (14), E65. doi:10.5888/pcd14.170052
- Flores, A. (2019). Representaciones sociales de la dieta en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con y sin control, en el estado de México-oriental (Tesis de maestría). Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.11799/106068>
- Flores, A., Casas, D., Rodríguez, A., & Sánchez, Y. (2019). Representaciones sociales de la dieta en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con y sin control, en el estado de México-oriental.

- Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente Aracaju*, 7(2), 73-90. doi:10.17564/2316-3798.2019v7n2p%25p
- Garay-Sevilla, M.E. (mayo de 2006). El mundo emocional del paciente diabético. II Encuentro Participación de la Mujer en la Ciencia. León, Guanajuato. *Universidad de Guanajuato. Instituto de Investigaciones Médicas*. Recuperado de <https://aprenderly.com/doc/1490564/el-mundo-emocional-del-paciente-diab%C3%A9tico>
- García de Alba, J., Salcedo, A., & Coutiño, B. (2006). Una aproximación al conocimiento cultural de la diabetes mellitus tipo 2 en el occidente de México. *Desacatos. Revista de Antropología Social* (21), 97-108. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n21/n21a7.pdf>
- García-González, R. (2010). Utilidad de la integración y convergencia de los métodos cualitativos y cuantitativos en las de las investigaciones en salud. *Revista cubana de salud pública*, 31(1), 19-29. doi:10.1590/S0864-34662010000100004
- García-Reza, C., Alvirde, R., Landeros, M., Solano, G., & Medina, M.E. (2014). Resistencia frente a la enfermedad relato de un cuerpo dañado por la diabetes. *Aquichan*, 14(4), 485-495. doi:10.5294/aqui.2014.14.4.4
- Garza, M. (1978). *El hombre en el pensamiento religioso Náhuatl y Maya*. México: UNAM (Serie Cuadernos; 14). Recuperado de [https://descargarlibrosenpdf.files.wordpress.com/2017/05/de-la-garza\\_el-hombre-en-el-pensamiento-religioso-nc3a1huatl-y-maya-1978.pdf](https://descargarlibrosenpdf.files.wordpress.com/2017/05/de-la-garza_el-hombre-en-el-pensamiento-religioso-nc3a1huatl-y-maya-1978.pdf)
- Gentili, P., Maldonato, A., Grieco, R., & Santini, A. (2001). Influence of patients' representations and beliefs about diabetes and its treatment to their adherence to therapy. *Diabetes, nutrition & metabolism*, 14(3), 140-152. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/11867149\\_Influence\\_of\\_patients'\\_representations\\_and\\_beliefs\\_about\\_diabetes\\_and\\_its\\_treatment\\_to\\_their\\_adherence\\_to\\_therapy](https://www.researchgate.net/publication/11867149_Influence_of_patients'_representations_and_beliefs_about_diabetes_and_its_treatment_to_their_adherence_to_therapy)
- Gibson, O.R., & Segal, L. (2015). Limited evidence to assess the impact of primary health care system or service level attributes on health outcomes of indigenous people with type 2 diabetes: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 15(1), 154. doi:10.1186/s12913-015-0803-6 PMID: 25889993
- Giraudó, N., & Vietto, V. (2018). Qué significa vivir con diabetes en una comunidad del conurbano bonaerense. Representaciones sociales de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista del Hospital*

- Italiano de Buenos Aires*, 38(2), 62-69. Recuperado de [https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_attachs/47/documentos/58458\\_62-69-HI2-11-Giraud-C.pdf](https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/58458_62-69-HI2-11-Giraud-C.pdf)
- Gomez-Arias, R. (2018). ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad? *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 36(1), 64-102. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7016827>
- González-Pellecer, K. (2005). *Composición química proximal y mineral, características físicas y vida de anaquel de las tortillas elaboradas artesanalmente para la venta y consumo en algunos municipios de los departamentos de Totonicapán y Guatemala* (Tesis de licenciatura). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, Guatemala. Recuperado de [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06\\_2331.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_2331.pdf)
- González-Rey, F., & Bizarril, J. (2015). *Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar*. Brasilia, Brasil: UniCEUB.
- Greice, S., Martins, L., Manfrini, G., Stein, Marli., Meirelles, B., & Azevedo dos Santos, S. (2009). Dialogando sobre el proceso salud / enfermedad con la Antropología: entrevista con Esther Jean Langdon. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2), 323-326. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019600024>
- Guatemala Consejo Nacional de Desarrollo Urbano y Rural. (2014). *Plan Nacional de Desarrollo K'atun: nuestra Guatemala 2032*. Guatemala: CONDUR/SEEPLAN. Recuperado de <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/gua143736.pdf>
- Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. (2014). *Caracterización departamental Sacatepéquez 2013*. Guatemala: Autor. Recuperado de <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2015/07/20/2uZ7y7XHWy3G92XqXmbAAgrCGhU4qbBO.pdf>
- Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. (2016). *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida - ENCOVI - 2014, Guatemala. Tomo I*. Guatemala: Autor. Recuperado de <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2016/02/03/bwc7f6t7asbei4wmuexonr0oscpskyb.pdf>
- Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. (2018). *XII Censo Nacional de Población y VII Censo Nacional de Vivienda*. Guatemala: Autor. Recuperado de <https://www.censopoblacion.gt/explorador>

- Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. (2019). *Principales resultados censo 2018. XII Censo Nacional de Población y VII de Vivienda*. Guatemala: Autor. Recuperado de [https://www.censopoblacion.gt/archivos/Principales\\_resultados\\_Censo2018.pdf](https://www.censopoblacion.gt/archivos/Principales_resultados_Censo2018.pdf)
- Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.(2015). *Plan estratégico nacional para la prevención de enfermedades no transmisibles 2015-2020*, 100. Guatemala: Autor. Recuperado de [https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/GTM\\_B3\\_PLAN%20ESTRAT%C3%89GICO%20NACIONAL%20PARA%20PREVENCION%20DE%20ENFERMEDADES%20CRONICAS%20AGOSTO%2020170715.pdf](https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/GTM_B3_PLAN%20ESTRAT%C3%89GICO%20NACIONAL%20PARA%20PREVENCION%20DE%20ENFERMEDADES%20CRONICAS%20AGOSTO%2020170715.pdf)
- Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2016). *Modelo de Atención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles*. Guatemala: Autor. Recuperado de <https://comisionprevencion.mspas.gob.gt/descargas/2016/publicaciones/MODELOATENCIONENFERMEDADESCRONICASAGOSTO2016.pdf>
- Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2018). *Modelo de Atención y Gestión para Áreas y Distritos de Salud*. Guatemala: Autor. Recuperado de <https://www.mspas.gob.gt/index.php/noticias/temas-de-salud/send/72-documentos-sobre-la-salud/2088-modelo-de-atencion-y-gestion-para-areas-de-salud>
- Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2018). *Plan Estratégico Institucional Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. 2018-2032*. Guatemala: Autor. Recuperado de [https://www.isdmguatemala.org/wp-content/uploads/2019/03/Plan\\_Estrategico\\_MSPASnov2018.pdf](https://www.isdmguatemala.org/wp-content/uploads/2019/03/Plan_Estrategico_MSPASnov2018.pdf)
- Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Insituto Nacional de Estadística, Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia. (2017). *Encuesta nacional de salud materno infantil Informe Final, ENSMI-Guatemala 2014-2015*. Guatemala. Autor. Recuperado de [https://www.ine.gob.gt/images/2017/encuestas/ensmi2014\\_2015.pdf](https://www.ine.gob.gt/images/2017/encuestas/ensmi2014_2015.pdf)
- Guatemala. Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia. (2014). *Política Nacional de desarrollo K'atún Nuestra Guatemala 2032*. Guatemala: Autor. Recuperado de [http://www.segeplan.gob.gt/downloads/2015/SPOT/Mandatos\\_y\\_Normativas/PoliticasyPolíticasNacionales/Política\\_Nacional\\_de\\_Desarrollo.pdf](http://www.segeplan.gob.gt/downloads/2015/SPOT/Mandatos_y_Normativas/PoliticasyPolíticasNacionales/Política_Nacional_de_Desarrollo.pdf)

- Guatemala. Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia, Dirección de Planificación Territorial. (2010). *Plan de desarrollo municipal Sumpango, Sacatepéquez 2010-2025*. Guatemala: Autor. Recuperado de <https://docplayer.es/181954508-94-p-il-27-cm-anexos-serie-pdm-segeplan-cm-304.html>
- Gutiérrez Vidrio, S. (2016). Diferentes aproximaciones metodológicas para el estudio de las representaciones sociales. En R. Torregosa (Ed.), *Representaciones sociales, campo jurídico y conciliación en equidad: Aproximaciones teórico-metodológicas para su estudio* (pp. 6-40). Bogotá, Colombia: Temis.
- Herzlich, C., & Pierret, J. (1988). De ayer a hoy: Construcción social del enfermo. *Cuadernos Médico Sociales*, (43), 21-30. Recuperado de <http://saludysociedad.pbworks.com/w/file/fetch/67765080/De%20ayer%20a>
- Hirsch, S., & Alonso, V. (2020). La emergencia de la diabetes en una comunidad tapiete de Salta: género, etnicidad y relaciones con el sistema de salud. *Salud Colectiva*, (16), e2760. doi:10.18294/sc.2020.2760
- Hueso, C. (2006). El padecimiento ante la enfermedad: Un enfoque desde la teoría de la representación social. *Index de Enfermería*, 15(55), 49-53. doi:10.4321/S1132-12962006000300011
- Hunt, L. (1998). Moral reasoning and the meaning of cancer: causal explanations of oncologists and patients in southern Mexico. *Medical Anthropology Quarterly*, 12(3), 298-318. doi: 10.1525/maq.1998.12.3.298
- Ibañez, T. (1988). *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona: Sendai-Carto Tec.
- Instituto de Investigación en Ciencias Naturales y Tecnología. (2017). *Índice socioecológico del municipio de Sumpango Sacatepéquez*. Recuperado de <http://www.infoiarna.org.gt/ISEM/Indicadores/F304%20-%20Sacatepequez%20-%20Sumpango.pdf>
- Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales. (2017). *Inversión en pueblos indígenas según el presupuesto ejecutado en 2015* (Vol. 1). Guatemala: Autor.
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas 10th edition*. Bruselas: Autor. Recuperado de [https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF\\_Atlas\\_10th\\_Edition\\_2021.pdf](https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf)

- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología social II Pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales* (Vol. II, pp. 469-494). Barcelona: Paidós.
- Juárez-Ramírez, C., Theodore, F. L., Villalobos, A., Jiménez-Corona, A., Lerin, S., Nigenda, G., ... Lewis, S. (2015). Social support of patients with type 2 diabetes in marginalized contexts in Mexico and its relation to compliance with treatment: A sociocultural approach. *PLoS One*, *10*(11), e0141766. doi:10.1371/journal.pone.0141766
- Landa, R., Castillo, L., & Padilla, N. (2019). Representacion sociale de la diabetes mellitus tipo 2 bajo la teoría del núcleo central. *Investigación en enfermería imagen y desarrollo*, *21*(1), 1-23. doi:10.11144/Javeriana.ie21-1.rsdm
- Langdon, E., & Prado, M. (2018). Salud indígena en Brasil: pluralismo médico y autoatención. *Desacatos, Revista De Ciencias Sociales*, (58), 8-15. doi:10.29340/58.1993
- Lara-Riegos, J. C., Ortiz-López, M. G., Peña-Espinoza, B. I., Montúfar-Robles, I., Peña-Rico, M. A., Sánchez-Pozos, K., ... Menjivar, M. (2015). Diabetes susceptibility in Mayas: Evidence for the involvement of polymorphisms in HHEX, HNF4alpha, KCNJ11, PPARgamma, CDKN2A/2B, SLC30A8, CDC123/CAMK1D, TCF7L2,ABCA1 and SLC16A11 genes. *Gene*, *565*(1), 68-75. doi:10.1016/j.gene.2015.03.065
- Leal-Guerrero, L., Pompa-Guajardo, E., & Cabello-Garza, M. (2021). Construcciones subjetivas ante el duelo de un cuerpo sano en adolescentes con diabetes mellitus1. *Psicología y Salud*, *31*(1), 61-67. doi:10.25009/pys.v31i1.2676.
- Lerin, S., Juárez, C., & Reartes, D. (2015). Creencias de indígenas chiapanecos en torno a la diabetes y posibilidades de atención intercultural. *Salud Problema*, *9*(17), 27-41. Recuperado de <http://repositorio.insp.mx:8080/jspui/bitstream/20.500.12096/6988/1/com-6479620.pdf>
- Lerin, S. (2017). Recursos institucionales para diabéticos maya-hablantes de Tizimín, Yucatán. Carencias y logros en los Grupos de Ayuda Mutua (GAM). *Revista Pueblos y fronteras digital*, *12*(23), 77-98. doi:10.22201/cimsur.18704115e.2017.23.288
- Leyva-Trinidad, D.A., Pérez-Vázquez, A., Bezerra da Costa, I., & Formighieri-Giordani, R.C. (2020). El papel de la milpa en la seguridad alimentaria y nutricional en Hogares de Ocotál Texizapan, Veracruz, México. *Polibotánica*, *1*(50), 279-299. doi:10.18387/polibotanica.50.16

- López-Amador, K., & Ocampo-Barrio, P. (2007). Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(2), 80-86. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf072c.pdf>
- Lorente, D. (2012). El frío y el calor en el sistema médico nahua de la Sierra de Texcoco una aproximación. *Revista Española De Antropología Americana*, 42(1), 251-260. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/REAA/article/view/38647/37372>
- Mariano, L., Conde, D., & Cordovilla, S. (2018). *Bebidas azucaradas y comida procesada: Ideologías y representaciones de la transición alimentaria en la región Chortí*. Guatemala: Acción contra el hambre. Recuperado de [https://www.accioncontraelhambre.org/sites/default/files/documents/mariano\\_et\\_al\\_2018\\_consumo\\_de\\_bebidas\\_azucaradas\\_y\\_comida\\_procesada\\_0.pdf](https://www.accioncontraelhambre.org/sites/default/files/documents/mariano_et_al_2018_consumo_de_bebidas_azucaradas_y_comida_procesada_0.pdf)
- Marmolejo, C., & Franco, M. (2016). Significado de la experiencia de vivir con diabetes mellitus en la cotidianidad del adulto. *Verano de la investigación científica*, 2(1), 99-103. Recuperado de <http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/1007>
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619. doi:10.1590/S1413-
- Medina, J., Medina, I., Candila, J., & Yam, A. (2018). Saberes y prácticas de una población rural maya con diabetes tipo 2 sobre plantas medicinales. *Enfermería Comunitaria*, 6(2), 76-91. Recuperado de [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/08/910303/saberes-y-practicas-de-una-poblacion-rural-maya-con-diabetes-ti\\_2dDKS06.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/08/910303/saberes-y-practicas-de-una-poblacion-rural-maya-con-diabetes-ti_2dDKS06.pdf)
- Menéndez, E. (mayo de 1988). Modelo medico hegemónico y atención primaria. En Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud (Organizador), 2º Jornada de Atención Primaria de la Salud. Jornada llevada a cabo en Buenos Aires, Argentina. (p. 451-464) Recuperado de <http://isco.unla.edu.ar/cedops-centro-de-documentacion-pensar-en-salud/fondos-y-colecciones/fondo-mario-testa-1925/documentos-fondo-mario-testa/func-startdown/8295/>
- Menéndez, E. (1997). Antropología médica: espacios propios, campos de nadie. *Nueva Antropología*, 15(51), 83-103. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15905107>

- Mercado-Martínez, F., & Hernández-Ibarra, L. (2007). Las enfermedades crónicas desde la mirada de los enfermos y los profesionales de la salud: un estudio cualitativo en México. *Cadernos de Saude Publica. Cadernos De Saude Publica*, 23(9), 2178–2186. doi:10.1590/S0102-311X2007000900025
- Mercado-Martínez, P. (2016). Medicina darwiniana. Signos y síntomas ¿ataque o defensa? *Revista Científica de la Facultad de Ciencias Biológicas*, 36(2), 65-81. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8143202>
- Móbil, J. (2012). *El lado oscuro de la historia*. Guatemala: Serviprensa.
- Morin, E. (2005). *El paradigma perdido: ensayo de bioantropología* (6.ª ed.). Barcelona: Kariós.
- Montesi, L. (2017). La diabetes como metáfora de vulnerabilidad. El caso de los ikojts de Oaxaca. *Revista pueblos y fronteras digital*, 12(23), 46-76. doi:10.22201/cimsur.18704115e.2017.23.287
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, (2),1-25. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945>
- Moraga, R. (2005). Estudio cualitativo sobre la experiencia subjetiva de la enfermedad en diabéticos. *Revista Chilena de Salud Pública*, 9(3), 162-168. Recuperado de <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/20158/21322>
- Moreno, E., & Gil, J. (2003). El modelo de creencias de Salud: Revisión teórica consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3(1), 91-109. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56030105>
- Mori, V.D., & González-Rey, F.L. (2010). Las representaciones sociales como proceso subjetivo: un estudio de caso de hipertensión. *Indagaciones y perspectivas en Psicología Social*, 5, 221-240.
- Moscovici, S. (1993) Introductory address. *Papers on Social Representations*,2(3), 1-170.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis su imagen y su público* (N. M. Finetti, Trad.) Buenos Aires: Huemul S.A.
- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. En R. Farr, S. Moscovici (Eds.), *Social Representations* (pp. 3-69). Cambridge: Cambridge University press.

- Mosquera, M. (2007). Los aportes de la cosmovisión maya para la atención de la salud brindada por los terapeutas tradicionales. *Voces Guatemala: Instituto de Lingüística y Educación de la Universidad Rafael Landívar*, 2(2), 3-11. Recuperado de [https://www.wikiguate.com.gt/w/images/5/5c/1.\\_Los\\_aportes\\_de\\_la\\_cosmovisi%C3%B3n\\_maya\\_para\\_.pdf](https://www.wikiguate.com.gt/w/images/5/5c/1._Los_aportes_de_la_cosmovisi%C3%B3n_maya_para_.pdf)
- Murekian, N. (2020). Aportes de Denise Jodelet al campo de la salud mental: un camino de producción y compromiso renovado. *Red Sociales, Revista del Departamento de Ciencias Sociales* (1), 119-133. Recuperado de <http://www.redsocialesunlu.net/wp-content/uploads/2020/04/9.-Aportes-de-Denise-Jodelet-al-campo-de-la-salud-mental.-Un-camino-de-producci%C3%B3n-y-compromiso-renovado..pdf>
- Naranjo-Hernández, Y. (2016). La diabetes mellitus: un reto para la salud pública. *Finlay*, 6(1), 1-2. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342016000100001&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000100001&lng=es&tlng=es).
- Núñez, G. (1998). *Patrones de crianza del niño maya guatemalteco (area maya kaqchikel)*. Guatemala: Universidad Rafael Landívar. Recuperado de <https://www.url.edu.gt/publicacionesurl/FileCS.ashx?Id=41786>
- Ocaña-Servín, H., Hinojosa-Juárez, A., Hardy-Pérez, J., James-García, J., Gallardo-Díaz, R., Beltran-Salgado, J., ... García-Rillo, A. (2016). La tuberculosis: un enemigo a vencer en la segunda mitad del siglo XXI. *Revista de medicina e investigación*, 4, 61-66. Recuperado de [http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/62930/Revista-Medicina\\_Vol4-61-66.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/62930/Revista-Medicina_Vol4-61-66.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Organización Internacional del Trabajo. (1989). *Convenio sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes 169*. Washington D.C.: Autor. Recuperado de [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms\\_345065.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_345065.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*. Ginebra: Autor. Recuperado de [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB148/B148\\_7-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_7-sp.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas*.

- Washington D.C.: Autor. Recuperado de <https://www3.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/reg-strat-cncds.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2012-2025*. Washington, D.C.: Autor. Recuperado <https://www.paho.org/es/documentos/csp289-estrategia-para-prevencion-control-enfermedades-no-transmisibles-2012-2025>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Política sobre etnicidad y salud*. Washington D.C.: Autor. Recuperado de [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=mandatos-estrategias-ops-oms-6634&alias=47097-politica-sobre-etnicidad-y-salud&Itemid=270&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=mandatos-estrategias-ops-oms-6634&alias=47097-politica-sobre-etnicidad-y-salud&Itemid=270&lang=es)
- Pace, A., Ochoa-Vigo, K., Caliri, M., & Fernandes, A. (2006). O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 14(5), 728-734. doi:10.1590/S0104-11692006000500014
- Páez, D. (1987). *Pensamiento, individuo y sociedad cognición y representación social*. Madrid: Fundamentos.
- Page-Pliego, J. T. (2015). Subjetividades sobre la causalidad de diabetes mellitus entre seis tseltales de la cabecera municipal de Tenejapa, Chiapas. *LiminaR Estudios Sociales y Humanísticos*, 13(2), 84-95. doi:10.29043/liminar.v13i2.394
- Perera, M. (2003). *A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad*. La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. Recuperado de [http://biblioteca.clacso.org.ar/Cuba/cips/20130628110808/Perera\\_perez\\_repr\\_sociales.pdf](http://biblioteca.clacso.org.ar/Cuba/cips/20130628110808/Perera_perez_repr_sociales.pdf)
- Perera, M. (2005). *Sistematización crítica de la teoría de las Representaciones Sociales* (Tesis de doctorado). Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente, Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. La Habana, Cuba.
- Péres, D.S., Franco, L.J., Santos, M.A.dos., & Zanetti, M.L. (2008). Representações sociais de mulheres diabéticas, de camadas populares, em relação ao processo saúde-doença. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(3), 389-395. doi:10.1590/S0104-11692008000300009

- Ponce, P., Muñoz, R., & Sival, M. (2017). Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno. *Salud colectiva*, 13(3), 537-554. doi:10.18294/sc.2017.1120
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2016). *Acuerdo sobre identidad y derechos de los pueblos indígenas: Avances y desafíos a 20 años de la firma de los Acuerdos de Paz. Guatemala*. Guatemala: Serviprensa. Recuperado de <http://onu.org.gt/wp-content/uploads/2017/03/AIDPI-Informe-final-PDF.pdf>
- Quijano, M. (2000). Historia de la enfermedad. Editorial. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 43(2), 39-40. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2000/un002a.pdf>
- Rateau, P., & Lo Monaco, G. (2013). La Teoría de las representaciones sociales: Orientaciones conceptuales, campos de aplicación y métodos. *CES Psicología*, 6(1), 22-42. Recuperado de <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2561>
- Rodríguez, A., Camacho, E. J., Escoto, M., Contreras, G., & Casas, D. (2014). Representación social del apoyo familiar al diabético en usuarios de una unidad de medicina familiar en Chalco, Estado de México. *Meawave*, 14(7), e6011. doi:10.5867/medwave.2014.07.6011
- Romero-Starke, K., Petereit-Haack, G., Schubert, M., Kämpf, D., Schliebner, A., Hegewald, J., ... Seidler, A. (2020). The age related risk of severe outcomes due to COVID-10 infection: a rapid review, meta-analysis, and meta regression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5974. doi:10.3390/ijerph17165974
- Sam, B. (2020). *Análisis de situación de enfermedades no transmisibles*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Epidemiología. Recuperado de <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/2020/salassituacionales/notransmisibles/analisis-ent-2020.pdf>
- Sánchez-Midence, L., & Victorino, L. (2012). Guatemala: cultura tradicional y sostenibilidad. *Agricultura, sociedad y desarrollo*, 9(3), 297-313. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/asd/v9n3/v9n3a4.pdf>
- Santos, M., Alves, R., Oliveira, V., Ribas, C., Teixeira, C., & Zanetti, M. (2011). Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao

- tratamiento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 651-658. doi:10.1590/S0080-62342011000300015
- Saucedo, M. del S., Bañuelos, N., Cabrera, R., & Ballesteros., M. (2006). La práctica de la medicina alternativa una realidad en el paciente diabético en Hermosillo, Sonora, México. *Revista Salud Pública y Nutricion*, 7(4), 1-10. Recuperado de <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/177/159>
- Secretaría de la Paz-Presidencia de la República. (2006). *Los Acuerdos de Paz en Guatemala*. Guatemala: Autor. Recuperado de [http://www.muniguate.com/images/2011/user01/fuentes\\_monumentos/manitas\\_paz/acuerdosdepazenguatemala.pdf](http://www.muniguate.com/images/2011/user01/fuentes_monumentos/manitas_paz/acuerdosdepazenguatemala.pdf)
- Sementilli, N., & Vicco, M. (2018). Paradigma médico actual y su implementación: relación médico paciente establecida en servicios de Salud Pública. *IntraMed Journal*, 6(3), 1-8. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/324278654\\_Paradigma\\_medico\\_actual\\_y\\_su\\_implementacion\\_relacion\\_medico\\_paciente\\_establecida\\_en\\_servicios\\_de\\_Salud\\_Publica](https://www.researchgate.net/publication/324278654_Paradigma_medico_actual_y_su_implementacion_relacion_medico_paciente_establecida_en_servicios_de_Salud_Publica)
- Serbia, J. (2019). Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa. *Hologramática* 3(7), 123-146. Recuperado de [http://cienciared.com.ar/ra/usr/3/206/n7\\_vol3pp123\\_146.pdf](http://cienciared.com.ar/ra/usr/3/206/n7_vol3pp123_146.pdf)
- Serrano-Hernández, M., Torres-López, T.M., & Ávalos-Alcántara, G. (2009). Concepciones culturales en torno a la salud y la enfermedad en población de adultos de jalisco, México. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 10(3), 1-15. Recuperado de <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/242/224>
- Silva, D.M., Hegadoren, K., & Lasiuk, G. (2012). As perspectivas de donas de casa brasileiras sobre a sua experiênciã com diabetes mellitus tipo 2. *Revista latinoamericana de enfermagem*, 20(3), 469-477. doi:10.1590/S0104-11692012000300007
- Soto, E. (2003). La lepra en europa medieval. El nacimiento de un mito. *Elementos: ciencia y cultura*, 10(49), 39-45. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/294/29404905.pdf>
- Strasser, G. (2014). La eficacia terapéutica desde el punto de vista de los sujetos en un contexto del pluralismo médico. El papel de la fe más allá de la cura religiosa. *Scripta Ethnologica*, 36, 78-106. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14832692003>
- Terán, S., & Rasmussen, C. (2009). *La milpa de los mayas* (2a ed.). Mérida: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Torres, T. (2002). Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales. *Revista Universidad de Guadalajara/Ciencias sociales y de la salud* (23), 35-44. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/267772498\\_Una\\_aproximacion\\_cualitativa\\_al\\_estudio\\_de\\_las\\_enfermedades\\_cronicas\\_las\\_representaciones\\_sociales](https://www.researchgate.net/publication/267772498_Una_aproximacion_cualitativa_al_estudio_de_las_enfermedades_cronicas_las_representaciones_sociales)
- Torres-López, T., Sandoval-Díaz, M., & Pando-Moreno, M. (2005). Sangre y azúcar, representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 101-110. doi:10.1590/S0102-311X2005000100012
- Urbina Cárdenas, J. E., & Ovalles Rodríguez, G. A. (2018). Teoría de las representaciones sociales. Una aproximación al estado del arte en América Latina. *Psicogente*, 21(40), 495-544. <https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3088>
- Urquía, M. (2019). *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*. (V. M. Jescy Montoya, Ed.) Buenos Aires, Argentina: EDUNLa Cooperativa.
- Valero, N., Vélez, M., Durán, A., & Torres, M. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión? *Enfermería Investiga*, 5(3), 63-70. doi:<http://dx.doi.org/10.31243/ei.uta.v5i3.913.2020>
- Vergara, M del C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 41-50. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf>
- Vergara, M del C. (2008). La naturaleza de las representaciones sociales. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 6(1), 55-80. Recuperado de <https://revistaumanizales.cinde.org.co/rllcsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/265>
- Viveros, M. (1993). La noción de representación social y su utilización en los estudios sobre salud y enfermedad. *Revista Colombiana De Antropología*, 30, 238-260. doi:10.22380/2539472X.1833
- Volcy, C. (2007). Historia de los conceptos de causa y enfermedad: paralelismo entre la medicina y la fitopatología. *Iatreia*, 20(4), 407-421. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-07932007000400007&lng=es&tln](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932007000400007&lng=es&tln)

- Wagner, W. & Elejabarrieta, F. (1994). Representaciones Sociales. En J.F. Morales (Ed.), *Psicología Social* (pp. 815-842). Madrid: McGraw-Hill
- Wagner, W., Duveen, G., Farr, R., Jovchelovitch, S., Lorenzi-Cioldi, F., Marková, I., ... Rose, D. (1999). Theory and method of social representations. *Asian Journal of Social Psychology*, 2(1), 95-125. <https://doi.org/10.1111/1467-839X.00028>
- Weisz, C. (2017). La representación social como categoría teórica y estrategia metodológica. *CES Psicología*, 10(1), 99-108. doi:10.21615/cesp.10.1.7
- World Health Organization. (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Washington D.C.: Autor. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf)
- World Health Organization. (2016). *Global Report on Diabetes World Health Organization*. Washington D.C.: Autor. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257>
- Yu, C. H. (2007). Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance in aboriginal populations: a global perspective. *Diabetes research and clinical practice. Diabetes Research and Clinical Practice*, 78(2), 159-170. doi:10.1016/j.diabres.2007.03.022

## Anexos

### Anexo 1

#### Consentimiento informado del estudio:

“Representaciones sociales de la diabetes mellitus Tipo 2 en la comunidad maya kaqchikel de Sumpango”

Mi nombre es Karin Casasola Mazariegos, soy estudiante del doctorado en Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Estoy realizando un estudio que trata de conocer qué es para usted vivir con diabetes o azúcar en la sangre.

Usted ha sido invitado (a) a participar y si está de acuerdo se le harán algunas preguntas sobre cómo le afecta la diabetes (azúcar) en su vida diaria, y lo que hace para controlarla. Estas preguntas son parte de una entrevista que dura aproximadamente una hora.

Al participar en este estudio no tendrá Usted que pagar por participar y tampoco recibirá pago alguno, pero la información que usted nos brinde servirá para conocer mejor cómo afecta la diabetes a las personas que la padecen y entender lo que hacen para sentirse mejor.

La información será confidencial y será utilizada solo para este estudio. Usted no será identificado por su nombre en el informe o publicaciones que se hagan de este estudio, se mantendrá el anonimato.

Al participar Usted no enfrenta ningún riesgo, si no desea responder alguna pregunta o si no se siente cómodo(a) por el lugar o el momento en que se realiza la entrevista o en la forma en que se hagan las preguntas puede expresarlo con libertad.

Su participación es voluntaria, si no desea participar solo debe indicarlo o bien puede retirarse del estudio según su propia decisión cuando usted lo desee.

Es muy importante grabar la entrevista ya que las ideas y la información que nos comparta son valiosas y podría perderse alguna de ellas. Al grabar será posible mantener toda la atención en la información que nos brinde.

En caso de tener alguna duda sobre el estudio ahora o durante su participación, usted puede preguntar para que sean aclaradas. Si la información que le he brindado está clara y desea participar en este estudio, le pido que firme o coloque su huella digital en este consentimiento informado al final del documento.

Confirmando que he recibido suficiente información sobre el estudio, he comprendido el propósito de este y en qué consiste mi participación. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas para aclarar mis dudas. Entiendo que mi participación es voluntaria, que no representa peligros para mí y puedo abandonar el estudio si así lo decidiera, sin que ello afecte a mi persona o en mi control de diabetes; y que la información y mis datos serán confidenciales y anónimos.

Doy mi consentimiento para participar en el estudio colocando mi nombre y firma (o huella digital)

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

huella digital

Fecha \_\_\_\_\_

## Anexo 2

**REGISTRO DE INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA**

Estudio: "Representaciones Sociales de Diabetes Mellitus Tipo 2 en la Comunidad Maya Kaqchikel de Sumpango"

Fecha y hora \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Participante \_\_\_\_\_

Traducción de la entrevista si \_\_\_ no \_\_\_

Años de padecer de diabetes \_\_\_\_\_

Está en tratamiento Sí ( ) No ( )

**Datos generales**

Sexo: M ( ) F ( ) Edad: \_\_\_\_\_ Domicilio actual: \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Edad del Cónyuge: \_\_\_\_\_

Tiene Hijos: Sí ( ) No ( ) Edades: \_\_\_\_\_

**Perfil Socioeconómico**

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Alfabeta: \_\_\_ Analfabeta: \_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo al día (o a la semana) dedica a esa ocupación: \_\_\_\_\_

Recibe un salario o remuneración: \_\_\_\_\_

¿Cuenta con otra ocupación? Sí ( ) No ( )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Quién lo (a) sostiene económicamente?

\_\_\_\_\_

Tenencia de vivienda: Propia ( ) Alquilada ( ) Usufructo ( ) Compartida con Familiares ( )

Tiempo de Residencia: \_\_\_\_\_ Número de Habitaciones (Cocina, Sala, Baño, etc.): \_\_\_\_\_

Total de personas que viven en la misma casa: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Quién lo cuida o lo atiende \_\_\_\_\_

**Tratamiento de diabetes**

¿Qué tipo de tratamiento recibe? \_\_\_\_\_

¿Hace cuánto tiempo lo recibe? \_\_\_\_\_

## Anexo 3

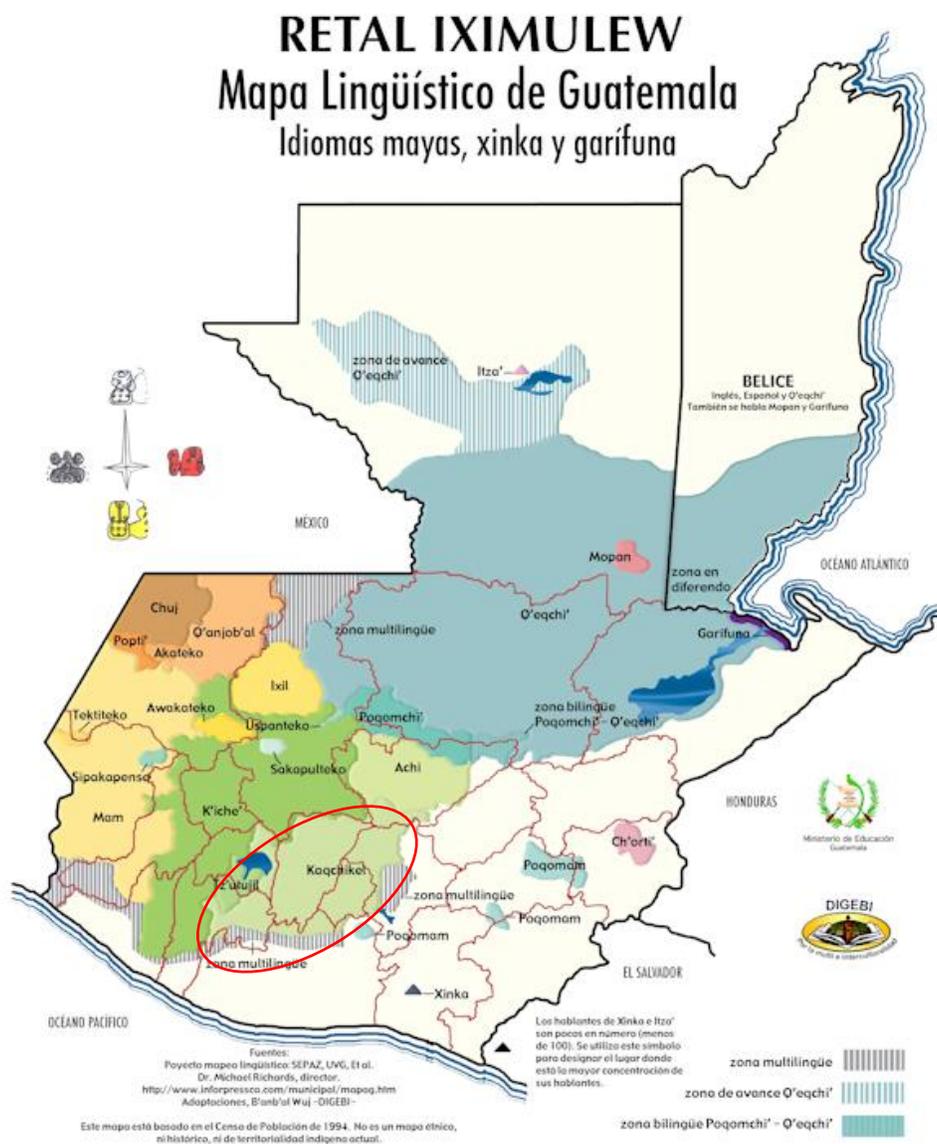
## Instrumento

## Guía de entrevista semiestructurada

Estudio: “Representaciones sociales de la diabetes tipo II en la Comunidad Maya Kaqchikel de Sumpango”

Ejes de análisis (Categorías)	Preguntas
<b>Identidad</b>	¿Qué entiende usted que es la diabetes? ¿Qué cree usted que provoca la diabetes? ¿Qué es para usted ser diabético/vivir con diabetes? ¿Cómo cambio su vida cuando le diagnosticaron la diabetes?
<b>Actividad</b>	¿Qué hace usted (o deja de hacer) en su vida diaria por la diabetes? ¿Qué hace usted para controlar la diabetes?
<b>Propósito</b>	¿Para qué hace (o deja de hacer) las actividades que mencionó anteriormente? ¿Qué espera lograr con lo que hace (o dejar de hacer) por su diabetes?
<b>Normas y valores</b>	¿Qué piensa usted de las actividades que realiza respecto a la diabetes? ¿Hay algo que trata usted respetar/cumplir/evitar en lo que hace para controlar la diabetes? ¿por qué? ¿Qué le aconsejan otras personas que debe hacer para su diabetes? ¿lo ha hecho? ¿cómo? ¿ha funcionado? ¿Qué opina de lo que la gente aconseja hacer para controlar la diabetes?
<b>Posición y relación</b>	¿Cómo le afecta la diabetes su relación con otras personas? (familia, amigos, vecinos, compañeros etc.) ¿Está de acuerdo su familia/amigos/conocidos, con lo que hace, debe hacer o dejar de hacer por la diabetes? ¿Cómo le apoya su familia/amigos/conocidos para controlar la diabetes? ¿Cómo participa usted en las decisiones para controlar la diabetes? ¿Toman en cuenta sus decisiones? ¿Quién le dice lo que tiene que hacer para controlar su diabetes? ¿Hace lo que le recomiendan? ¿Qué pasa si no lo hace?

## Anexo 4



Fuente: proyecto mapeo lingüístico SEPAZ, UVG, et.al. Dr. Michael Richards, director.

○ Comunidad lingüística maya kaqchikel

## Anexo 5

## Ubicación geográfica del Municipio de Sumpango Sacatepéquez, Guatemala



## Municipio de Sumpango



## Sumpango Sacatepéquez

- Ubicado a 42 km de la ciudad capital, en área geográfica montañosa.
- Principal actividad económica: producción agrícola.
- Población total: 37,2600 mil habitantes (censo 2018)
- 90% pueblo maya kaqchikel
- 75% urbana

Fuente: [www.mapsofworld.com](http://www.mapsofworld.com) 2021

Fuente: XII Censo nacional de población 2018. Instituto Nacional de Estadística, Guatemala.

## Anexo 6

## Anexo Fotográfico

CAP de Sumpango



Acceso a la vivienda de un informante



Fuente: imágenes propias. Fotografías tomadas por la investigadora, Sumpango, 2021.

Lectura y explicación del consentimiento informado por el colaborador/intérprete.



Fuente: imagen propia. Fotografías tomadas por la investigadora, Sumpango, marzo 2021.

Acompañamiento de familiares en la entrevista y lectura del consentimiento informado por la hija de una informante.



Fuente: imagen propia. Fotografías tomadas por la investigadora, Sumpango, marzo 2021.

## Entrevistas en viviendas de informantes



Fuente: imágenes propias. Fotografías tomadas por la investigadora, Sumpango, 2021.



Fuente: imágenes propias. Fotografías tomadas por la investigadora, Sumpango, 2021.

## Entrevistas en viviendas de informantes



Fuente: imágenes propias. Fotografías tomadas por la investigadora, Sumpango, 2021.



Fuente: imagen propia. Fotografías tomadas por la investigadora, Sumpango, 2021.